

Leitfaden für die Einführungsvorlesung in Medizinanthropologie, 1995 – 2002

- 1 Die drei grossen medizinischen Traditionen**
 - 1.1 Die chinesische Tradition**
 - 1.2 Die ayurvedische Tradition**
 - 1.3 Die europäische Tradition**
- 2 Drei Stränge, die zur Medizinanthropologie hinführen**
 - 2.1 Frühe anthropologische Studien (Bartels, Rivers, Evans-Pritchard)**
 - 2.2 Kultur- und Persönlichkeitsforschung (Ethnopsychologie)**
 - 2.3 Ethnopsychiatrie**
- 3 Die moderne Medizinanthropologie**
 - 3.1 *Illness* versus *disease***
 - 3.2 Erklärungsmodelle (*Explanatory Models* - EM)**
 - 3.3 Das Sektorenmodell**
 - 3.4 Arzt-Patienten-Interaktion**
- 4 Die soziale und kulturelle Konstruktion des Körpers**
- 5 Basisgesundheitsversorgung in der Dritten Welt und die Frage des medizinischen Pluralismus**

1 Die drei grossen medizinischen Traditionen

1.1 Die chinesische Tradition¹

Die heute TCM (*Traditional Chinese Medicine*) genannte hat ihre Wurzeln in vorchristlicher Zeit. Im Rückblick betrachtet stellt sie sich dar als eine Widerspiegelung von damals gültigen sozialen, politischen und religiösen Strukturen und Vorstellungen.

Paul Unschuld (1978) unterscheidet vier Strömungen, die sich feststellen lassen: Ahnenmedizin, religiöse Medizin, Dämonenmedizin und Entsprechungsmedizin.

¹ Siehe Hsu 1999; Ots 1999.

Ahnenmedizin

Shang-Dynastie: Orakelknochen und Schildkrötenpanzer aus dem 13. Jh. v. u. Z.

Krankheitsursachen werden auf verstorbene und erzürnte Ahnen zurückgeführt, denen der Verwandtschaftsverband (linear organisierte Clans) nicht genügend Opfer dargebracht hat. Krankheitsursachen werden als Folge der Verletzung von rituellen Geboten verstanden.

Aus der Shang-Dynastie (12.-11. Jh. v. u. Z.) sind auf Schildkrötenpanzern eingeritzte Texte erhalten, welche diese Sicht zum Ausdruck bringen.

Zahnkrank. Liegt etwa ein Fluch vor? Vielleicht vom verstorbenen Vater I ?

Der König ist krank. Hat etwa die verstorbene Grossmutter Chi in verflucht? Oder die Grossmutter Keng? Wird sein Zustand ernst werden?

Sehr zahnkrank. Soll man dem verstorbenen Vater Keng einen Hund darbringen und ein Schaf durch kultisches Aufschneiden opfern? (Unschuld 1978: 194-195)

Die religiöse Medizin

Während der 2. Han-Dynastie (25 v. bis 220 n. Ch) ändert sich das Bild. Ahnen werden weniger verantwortlich gemacht für das Verursachen von Krankheit, an deren Stelle treten mehr Gottheiten. Krankheit ist eine Folge des Nichteinhaltens von rituellen Vorschriften gegenüber diesen Gottheiten. General Chang Hsiu aus dem Gebiet Szuchuan liess Kranke einkerkern, weil sie schwerwiegender Verfehlungen beschuldigt wurden. Krankheit steht in Beziehung zu Schuld, die gegenüber Göttern und der sozialen Gemeinschaft besteht. Reue und Wiedergutmachung als Weg der Heilung. Konfuzianisches Denken macht sich im medizinischen Denken bemerkbar.

Dämonenmedizin

Verbindung zum taoistischen Denken. Krankheiten werden durch Dämonen bewirkt. Das Einhalten von sozialen Regeln (Konfuzius) allein genügt nicht, um Krankheiten fernzuhalten. Allein starke Schutzgeister garantieren Schutz vor krankmachenden Geistern.

Z. B. Ch'ao Yüan-fang (7. Jh. n. u. Z): Chu-ping yüan hou lun (Über die Ursprünge und Verläufe von Erkrankungen):

„Dämonenangriff“ bedeutet, dass der Einfluss eines dämonischen Schadenbringers einen Menschen angreift. Man wird davon unerwartet getroffen, ohne allmähliche Vorentwicklung. Es ist, als ob jemand einen mit einem Messer oder mit einem Speer in den Leib oder in die Rippen sticht; ein würgender, plötzlicher Schmerz stellt sich ein, der nicht gestillt werden kann. Manche (die von diesem Leid betroffen sind) spucken Blut, bei anderen tritt Blut aus der Nase, oder aber das Blut verlässt den Körper nach unten (durch die Verdauungskörperöffnungen). Eine andere Bezeichnung (für dasselbe Leiden) lautet 'Dämonenstoss'. (Unschuld 1978: 202–203)

Entsprechungsmedizin (nei-ching)

Phänomene der sichtbaren und unsichtbaren Welt stehen durch ihre Zugehörigkeit zu Entsprechungsketten in gegenseitiger Abhängigkeit. Durch Manipulation eines Gliedes einer Entsprechungskette werden andere Glieder verändert.

Entsprechungsmagie: Die früheste Schrift zur Entsprechungsmagie stammt von Shan-hai ching (Klassiker der Berge und Meere), (Niederschrift 8.-1. Jh. v. u. Z.):

Es gibt dort ein Kraut, das keine Früchte hervorbringt. Sein Name ist ku-jung. Isst man davon, so bekommt man keine Kinder.

Es gibt dort ein Lauftier, dessen Gestalt der Wildkatze ähnelt. Es vereint in sich das männliche und weibliche Geschlecht. Isst man davon, so wird man nicht eifersüchtig.

Gegen Verstopfungen, die durch den Verzehr von Läusen bedingt sind, nehme man die Asche eines alten Holzkammes und einer alten Bambuszahnbürste ein. (zit. in Unschuld 1978: 206-207)

Das **Entsprechungssystem** ist ein Konglomerat aus der Entsprechungsmagie, der Dämonenmedizin, der Yin-Yang-Lehre und der Theorie von den Fünf-Elemente-Wandlungsphasen.

Yin-Yang-Lehre: Dualistische Philosophie, die alle Naturphänomene, abstrakte wie konkrete, als Manifestation zweier entgegengesetzter, sich komplementierender Aspekte allen Seins definiert.

Fünfheit: Naturerscheinungen sind nicht in zwei, sondern in fünf Entsprechungsketten eingefügt. Die fünf Elemente Metall, Holz, Wasser, Feuer und Erde, sind dazu die zentralen Symbole.

Die Dynamik der Beziehungen zwischen den fünf Entsprechungsreihen kommt in der chinesischen Bezeichnung (die fünf Wandelzustände) zum Ausdruck:

- Die von aussen aufgenommenen, sowie die körpereigenen Einflüsse werden mittels eines Leitbahnsystems (Meridiane) durch den Organismus geleitet. Sechs *Yin*- sowie sechs *Yang*-Meridiane sind die Hauptleitbahnen. Gelangen aufgrund fehlerhafter Lebensführung Einflüsse der *Yin*- in die *Yang*-Leitbahnen, entsteht ein Ungleichgewicht, bzw. eine Krankheit.
- Meridiane können (wie die Verdauungswege) durch Stauungen und Verstopfungen betroffen sein, die es zu beheben gilt.
- Kompliziertes System physiologischer Vorgänge im Organismus in Einheit mit der *Yin-Yang*- sowie der Fünfelemente-Lehre.
- Akupunktur, Akupressur, Massage, Moxibustion (pulverisierte Pflanzen werden nahe der Haut verbrannt) sind zu verstehen als Einwirkungen auf das Meridiansystem. Das gestörte Gleichgewicht im Energiehaushalt soll wiederhergestellt werden.
- Puls-, Zungenschaudiagnostik
- Der Harmoniebegriff steht im Zentrum von *nei-ching*: Harmonie als zentrales Element im Körperbild, im rituellen (Seelenvorstellungen), sowie im sozialen Leben (Konfuzianismus).

	erzeugt		erzeugt		erzeugt		erzeugt	
Wasser	→	Holz	→	Feuer	→	Erde	→	Metall
Wasser		geistig		Herz-		Verdauungs-		Atmungs-
Sexual-		emotio-		Blut-		körper-		körper-
körper-		naler		Hirn-		bereich		bereich
bereich		Körper-		körper-				
		bereich		bereich				
(Nieren)		(Leber)		(Herz)		(Milz)		(Lunge)

(nach Unschuld 1978: 213)

Huang-ti nei-ching: Klassiker der Entsprechungsmedizin, 3 Jh. v. u. Z. (Ch'in Shih Huang-ti, 221-209, Begründer der Ch'in-Dynastie, die China erstmals vereint und zentralisiert hat).

Das Werk gibt die Gespräche zwischen Kaiser Huang-ti und seinem Arzt wieder. Enthalten sind bereits Akupunktur (Lage der Meridiane, Indikation, Kontraindikation), Massage, Waschungen, heisse Pressungen und Moxibustion. Arzneidrogen sind ebenfalls rudimentär aufgeführt. Maxime: Ein ausgewogenes Leben führen.

In den auf die Ch'in-Dynastie folgenden zwei Han-Dynastien wird das relative Körpermass *Cun* gefunden, das ein genaueres Eruiere der Akupunkte bei unterschiedlich gebauten Menschen ermöglicht.

Im Übergang vom 2. zum 3. Jh. n. u. Z. taucht das erste klinische Manual in China auf, ab dem 5. Jh. n. u. Z. erste buddhistische Spitäler.

Ch'ao Yüan-fang (Professor der imperialen medizinischen Akademie): Um 610 erscheint das erste pathognostische Kompendium („Ursachen und Symptome aller Krankheiten“), das 1720 Krankheiten mitsamt den dazugehörigen Heilungsanweisungen enthält.

Tang-Dynastie (618–907): Erste Lehrstühle für Akupunktur und Moxibustion. Kurse waren für angehende Ärzte obligatorisch. Auf Bronzestatuen, die für die Lehre benutzt werden, sind die damals bekannten Meridiane und Akupunkte eingezeichnet.

Sung-Dynastie: Um 1078 Gründung des „Grossen medizinischen Büros“ (Universität), das 300 Studenten Platz bot. Unterabteilungen für innere Medizin, Fiebererkrankungen, Kinderheilkunde, Augenheilkunde, Geschwüre, Geburtshilfe, Ohren- und Kehlkopfheilkunde, Akupunktur und Chirurgie.

Pen-ts'ao-Literatur: Schriften zum Gebrauch von Drogen, in welchen taoistische Einflüsse dominieren. Die älteste Schrift enthält 365 Drogen (entsprechend der Tage im Jahr). In der Tang-Dynastie sind bereits 850 Drogen, im 12. Jh. 1748 Drogen bekannt. Jede Droge wird nach drei Kriterien beschrieben: Geschmacksrichtung (im Mund), Temperatúrausstrahlung (im Körper) und Heilwirkung.

12.-14. Jh.: Bemühung zur Zusammenführung der **nei-ching** (Entsprechungsmedizin) und der **pen-ts'ao-** (Arzneimittel-) Medizin.

1.2 Die ayurvedische Medizin²

Auf dem indischen Subkontinent galten das Gesetz des *karma* (Auswirkungen von vergangenen und gegenwärtigen Handlungen) und *samsara* (Wiedergeburt) als axiomatische Wahrheiten.

Ayurveda entstand im 1. Jh. v. u. Z.: *Ayur* – Leben oder Lebensalter, *Veda* – Weisheit. Die vier Veda sind die wichtigsten religiösen Texte Hindu-Indiens. Das Ziel von Ayurveda ist die Förderung der Langlebigkeit.

Texte:

- Ältester erhaltener Text ist ein von Caraka verfasstes Sammelwerk, das im Übergang vom 2. zum 1. Jh. v. u. Z. erschienen ist.
- Weitere Texte von Susruta, Vagbhata, Madhava. Diese werden allerdings erst vom arabischen Verfasser Tabari im Werk „Firdaus al-hikmat“ (865 n. u. Z.) genannt. Vermutlich sind sie während der Gupta-Periode entstanden, die eine Blütezeit für Literatur und Kunst darstellt. Susruta unterscheidet sich von den übrigen Texten durch die eingehende Behandlung der Chirurgie. Aufgabe von Ayurveda ist gemäss Susruta (I, 1, 22–23), die Krankheiten der Kranken zu heilen, die Gesunden zu schützen, das Leben zu verlängern (s. dazu Basham 1978).

Wichtigste Faktoren im physiologischen System Alt-Indiens:

- Die drei *Dosa* (Lebenssäfte): Von der Ausgewogenheit und dem Funktionieren der *Dosa* hängen die Organe und Glieder ab. Die drei *Dosa* sind *vayu* (auch *vata*, Wind), *pitta* (Galle), *kapha* (Schleim).
- Die drei *Dosa* stehen gemäss Susruta III, 4 mit drei der fünf Elemente der Hinduphysik in Korrelation, nämlich mit Luft (*Vayu*), Feuer (*Pitta*) und Wasser (*Kapha*). Das vierte Element Erde (*Prthivi*) ist mit keinem der *Dosa* assoziiert, das fünfte Element, Äther, Raum (*Akasa*), übt auf die Verfassung des Körpers keinen Einfluss aus.
- In jeder gesunden Person sollen die drei *Dosa* etwa gleichmässig vorhanden sein. Tatsächlich überwiegt jeweils der eine oder andere Körpersaft, was eine bestimmte Konstitution und ein bestimmtes Temperament hervorbringt.
 - Überwiegen von *Vayu*: macht Menschen aktiv oder gar aggressiv, unsteter Charakter, sind dem religiösen Leben abgeneigt. Drang zu Geschlechtsleben ist schwach ausgeprägt.
 - Überwiegen von *Pitta*: macht Menschen stolz, zurückhaltend, ordnungsliebend. Körper schwitzen stark, unangenehmer Körpergeruch, schwache Körperbehaarung, führt zu vorzeitigem Ergrauen.
 - Überwiegen von *Kapha*: macht Menschen sensibel, vertrauenswürdig, geduldig und aufrichtig. Kräftiger Körper, führt zu hochgradiger Potenz und Fruchtbarkeit.

² Siehe Basham 1978; Obeyesekere 1976.

Die ayurvedische Betrachtung besagt, dass Krankheitsursachen ein aussergewöhnliches Wirken der drei *Dosa* widerspiegeln:

- Der Mangel an *Vayu* führt zu Trägheit, Gefühlsunempfindlichkeit, zu Schwitzen oder zu Fieber.
- Die übermässige Aktivität von *Vayu* führt zu Unruhe, zu Schlaflosigkeit und zu Delirien.
- *Pitta* (Galle) leitet sich vom Element Feuer ab und vermag im Falle von Unausgewogenheit Fieber – wenn örtlich fixiert –, Schmerz, Rötungen oder Ausschläge hervorzurufen.
- *Kapha* (Schleim) leitet sich vom Element Wasser ab und bewirkt bei Überaktivität Blässe, Frösteln, Schleimabsonderung und örtliche Eiterungen.
- Der Wind tritt in fünffacher Form auf:
 - *Udana*-Wind: Entsteht in der Kehle und bildet die Sprache.
 - *Prana*-Wind: Entsteht im Herzen und bewirkt die Atmung.
 - *Samana*-Wind: Entsteht im Magen und bewirkt die Verdauung.
 - *Apana*-Wind: Entsteht in den unteren Eingeweiden und bewirkt die Ausscheidungen, einschliesslich derer des Samens bei den Männern sowie der Menstruation und der Geburt bei den Frauen.
 - *Vyana*-Wind: Durchdringt den gesamten Körper und bewirkt die Bewegung der Glieder und des Blutes.
- Heilung: Wiederherstellen des Gleichgewichts unter den *Dosa* mittels Diätvorschriften und Arzneien. Klassifizierung der Krankheiten, der Nahrungsmittel und der Arzneien nach den Kriterien heiss und kalt, entgegengesetzte Wirkung.
- Heilmittel: Grosser Arzneimittelschatz oral einzunehmender Drogen, der im Laufe der Jahrhunderte weiter ausgebaut wurde. Massagen mit Salben und medizinischen Ölen. Einläufe. Medizinische Räucherungen ähnlich wie Moxibustion. Bei Hauterkrankungen Kauterisation mittels Hitze oder ätzender Substanzen. Aderlass (Blutegel, Schröpfen oder Venenschnitte). Diätvorschriften.
- Anatomie: Kenntnisse der Physiologie und Anatomie bruchstückhaft. Aufgrund ritueller Vorschriften zur Reinheit durfte eine Leiche weder berührt geschweige den sezirt werden. Funktion der Organe wurde nur unvollständig oder gar falsch verstanden. Dem Herz wurde eine Beziehung zum Kreislauf von Flüssigkeiten im Körper zuerkannt, gleichzeitig wurde es als Sitz der Gedanken und geistigen Aktivitäten definiert. Allein das Susruta behandelt chirurgische Themen, es waren Barbieri und nicht Ärzte, die operierten.
- Beeinflussung der indischen Medizin durch die westliche Kolonialmedizin im 19. Jh.. Pandit Madhusudan Gupta, ein Arzt aus Kalkutta, sezirte 1835 erstmals eine Leiche.
- Heute existieren die westliche und die ayurvedische Medizin nebeneinander. Einige ayurvedische Lehrinstitute sind auch an Universitäten angeschlossen. Der heutige Vaidya (ayurvedischer Arzt) verfügt auch über Kenntnisse in Anatomie und die Funktion der Organe sind ihm bekannt.

1.3 Die europäische Tradition³

Vorsokratiker waren auf der Suche nach einem archaischen Grundprinzip, einem Urstoff, der für Gesundheit und Krankheit verantwortlich sein sollte. Thales fand dieses Prinzip im Wasser, Anaximander im Unendlichen, Anaximenes in der Luft (im Pneuma), Heraklit im feuerartigen Logos, Empedokles in verschiedenen, in Balance stehenden Elementen.

Alkmaion von Kroton (570–500) hat als erster eine physiologische Krankheitslehre entwickelt. Laut ihm entsteht Gesundheit durch das Gleichgewicht (*isonomia*) von Potenzen, des Flüssigen und des Trockenen, des Kalten und des Warmen, des Bitteren und des Süßen. Das Modell der krankhaften Verfassung ist *monarchia*, das autochthone Überwiegen eines Grundstoffes, der eine Krankheit (*nosos*) hervorruft. Daneben wirken auch äussere Ursachen (Unfälle, Verletzungen), miasmatische Dämpfe, Mangel oder ein Zuviel an Nahrung u. a. m. (Schumacher 1963).

Hippokrates⁴

Die Krankheitslehre der griechischen Antike ist im „Corpus Hippocraticum“ zusammengefasst, das mehrere Verfasser haben soll. Krankheit ist der umfassende Begriff für die Störung der Gesamtharmonie der menschlichen Konstitution. Schauplatz der Pathogenese sind die „Säfte“ (*humores*) innerhalb des Organismus. In der hippokratischen Schrift „Die Natur des Menschen“ steht:

Der Körper des Menschen hat in sich Blut und Schleim und gelbe und schwarze Galle, und das ist die Natur seines Körpers, und dadurch hat er Schmerzen und ist gesund. Am gesundensten ist er, wenn diese Säfte im richtigen Verhältnis ihrer Kraft und ihrer Qualität zueinander stehen und am besten gemischt sind. (Hippokrates nach Schipperges 1978: 237)

Die richtige Mischung von *humores* bringt Gesundheit, ihre Entmischung bringt Krankheit. Störfaktoren können sein: Umwelteinflüsse, Alter, Geschlecht, Arbeit, Gymnastik, Nahrungsaufnahme und Lebensgewohnheiten.

Wichtig bei der hippokratischen Krankheitslehre:

- Eine Fülle von gut beobachteten und richtig gedeuteten Krankheitssymptomen.
- Die Schilderung von geschlossenen Krankheitsverläufen (erste Symptome, Krise, Gesundung).
- Die Schilderung von diätetischen, pharmazeutischen und chirurgischen Eingriffen.
- Die ärztliche Erfahrung beginnt zu dominieren. Verknüpfung von spekulativ-theoretischen Überlegungen und empirischer Forschung.

Ähnlichkeiten zwischen indischer *Dosa*- und griechischer Humorallehre (Blut, Schleim, Galle und schwarze Galle) sind offensichtlich. Alle drei *Dosa* sind in den *Humores* enthalten. Einige indische Texte erwähnen sogar Blut als vierte *Dosa*. Kontakte und Beeinflussungen sind wahrscheinlich.

³ Siehe Fischer-Homberger 1975.

⁴ Siehe Edelstein 1967.

Claudius Galenus (griechisch-römischer Arzt., 129-199)

Verknüpfte erstmals die Humoralpathologie und die diagnostische Kunst der Hippokratiker mit der Anatomie und Physiologie des Aristoteles zu einer umfassenden medizinischen Theorie.

Jedes Individuum erhält ein entsprechendes Temperament, das es zum Sanguiniker, Choleriker, zum Phlegmatiker oder Melancholiker macht. Vermittelndes Agens von Körper zu Seele ist Pneuma (*spiritus*). Den Seelenkräften zugeordnet sind ebenfalls die wichtigsten Körperorgane. *Spiritus naturalis* hat den Sitz im Gehirn, *spiritus animalis* im Herzen, *spiritus vegetativus* in der Leber.

Gesundheit ist ein Habitus, der die Harmonisierung der gesamten menschlichen Verhältnisse anstrebt. **Therapie** ergibt sich aus der Physiologie und Pathologie. Im Grunde geht es immer um die Mitte und das Mass, folglich um das Gleichgewicht. **Genesung** steht für die natürliche Heilkraft und die Wiederherstellung des Gleichgewichts. Entscheidend ist die spontane Heilkraft, Heilmittel haben lediglich subsidiären Charakter, der Arzt ist allein dienender Helfer (*medicus minister naturae*). Mit Hilfe krankhafter Zustände wie Fieber, Katarrhe, Blutungen kann die Natur verdorbene Körpersäfte unschädlich machen.

Schule der Methodiker

Neben der Humoralpathologie hat sich in den hippokratischen Schulen bereits auch eine Krankheitslehre auf solidarpathologischer Basis gebildet. Diese geht auf Demokrit zurück (um 460 v. Chr.), wonach sich der Körper aus festen Bestandteilen, den Atomen, aufbaut.

Asklepiades aus Bithynien (ca. 124-60 v. u. Z.): Organismus besteht neben den festen Bestandteilen aus einem Röhrensystem (Poren), in dem die Säfte zirkulieren. Bei Stockung muss der Fluss durch Gymnastik und Aderlass wieder hergestellt werden.

Gesund und krank im Mittelalter

Theologie der Krankheit: *Christus medicus* als zentrale Metapher.

- Krankheit wird mit dem Ursprung des Übels verknüpft. Krankheit gehört mit in das *mysterium iniquitatis*. Krankheit wird damit zur Prüfung; das Erdulden von Leid wird seinen Lohn finden.
- Physische Krankheit ist Sinnbild für existentielles Leiden. Gebrechlichkeit und Krankhaftigkeit verweisen auf ursprüngliche Beschaffenheit, auf den Verfallsstand und auf die zu erwartende Wiederherstellung.
- Die frühchristliche Krankheitslehre übernimmt die Säftepathologie der Antike und damit auch die Gleichgewichtsthese. Das richtige Mass von Trank und Speise erbringt Gesundheit und Schönheit (Augustinus).

Mönchsmedizin:

Die *ars medica*, die bei den Griechen das Sanieren zum Hauptbestandteil hatte, wird nun zu *Caritas* (Krankenwartung) und zu *Agape* (Armenfürsorge). Im Zentrum steht der Begriff der Barmherzigkeit (*misericordia*).

Benedikt von Nursia (480–543): „Für die Kranken muss man vor allem und über alles besorgt sein. Man soll ihnen dienen wie Christus selbst, dem man in der Tat in ihnen dient“ (Benedikt von Nursia nach Schipperges 1978: 248–249). Den Höhepunkt der Mönchsmedizin bildet die

Äbtissin Hildegard von Bingen (1098–1179). Medizin ist bis zu diesem Zeitpunkt eine Theorie der Gesundheit und erst in zweiter Linie ein System der Krankenversorgung. Krankheit hat keine *species naturae*, sie besitzt lediglich *dispositio* und *habitus*. Krankheit hat keine eigene *facultas* oder gar eine eigenständige *proprietas* aufzuweisen. Es gibt kein Kranksein.

Mitte des 12. Jahrhunderts findet die arabische Medizin über die Schule von Toledo Eingang ins europäische System. Folge ist eine präzisere Gliederung der Pathologie in differenzierte Pulslehren und Harnschauungen und die Einführung der Alchimie ins medizinische Denken.

Vertreter dieser neuen Richtung sind Pietro d'Abano (1250–1315), der das griechisch-arabische Wissen kompilierte, sowie Arnald von Villanova, Petrus Hispanus und der Franziskanermönch Roger Bacon (1215–1292). Sie alle stehen als Vorläufer für die sich anbahnende naturwissenschaftliche Medizin sowie die Entstehung der *alchimia speculativa*. Wichtigster Vertreter jedoch ist Phillipus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, genannt **Paracelsus** (1493 in Einsiedeln geboren, 1541 in Salzburg gestorben, Arzt, Chemiker, Theosoph).

Paracelsus führte ein ausgiebiges Wanderleben in ganz Europa. Vermutlich hat er kein Universitätsstudium absolviert. In der Einleitung zu den chirurgischen Büchern sagt er:

Hab also die hohen Schulen lange Jahre erkundet bei den Deutschen, bei den Italienern, bei den Franzosen, und den Grund der Arzeney gesucht. (Ich habe) mich nicht allein den dort vorhandenen Lehren und Büchern ergeben wollen, sondern bin weitergewandert: nach Granada, Lissabon, durch Spanien, durch England, durch die Mark (Brandenburg), durch Preussen, durch Litauen, durch Polen, Ungarn, die Wachelei, Siebenbürgen, Kroatien, die Wendische Mark, und durch manch andere Länder, die nicht erwähnenswert sind. Und in allen Enden und Orten (habe ich) fleissig und emsig nachgefragt und gewisse erfahrende und wahrhafte Künste der Arznei erforscht. Nicht alleine bei den gelehrten Doktoren, sondern auch bei den Scherern, Badern, gelehrten Ärzten, Weibern, Schwarzkünstlern, soweit sie diese pflegen, bei den Alchimisten, bei den Klöstern, bei Edlen und Unedlen, bei gescheiten und bei Einfältigen [...]. (Paracelsus zit. in Kappstein 1980: 12)

1526 wurde Paracelsus nach Basel als Stadtarzt berufen, wo er Vorlesungen über theoretische und praktische Medizin hielt. Allerdings wurde sein Reformeifer nicht gewürdigt, die Vertreibung erfolgte bald. In ätzenden Schriften kritisierte er den Hang damaliger Doktoren, sich allein am hippokratischen und galenischen Kanon auszurichten und praktisches Wissen zu negieren. Bereits in seiner Einführungsvorlesung kommt dies zum Ausdruck:

Wir werden uns nicht an die Vorschriften der Alten halten, sondern an diejenigen, welche wir teils durch Erforschung der Natur, teils durch unsere kämpfenden Bemühungen gefunden und durch lange Übung und Erfahrung erprobt haben. Denn wer weiss nicht, wie viele Doktoren der heutigen Zeit mit grösster Gefahr für die Kranken die greulichsten Irrtümer begehen. Sie tun das, indem sie sich allzu ängstlich an die Worte des Hippokrates, Galen, Avicenna u.a. klammern und ebenso wie an einem Orakel vom Dreifuss des Apollo daran festhalten, von welchem man nicht einen Fingerbreit abweichen dürfe. Von solchen Autoren können wohl glänzende Doktoren, wenn es den Göttern gefällt, nicht aber Ärzte geschaffen werden. (Paracelsus zit. in Kappstein 1980: 14–15)

Paracelsus verknüpft Theorie und Praxis. Die Medizin hat aus seiner Sicht auf den Pfeilern *Philosophia*, *Astronomia*, *Alchimia* und *Medica* zu stehen.

Krankheit entspringt einem fünffach gegliederten Grund, einer Seinsweise (*ens*) auf fünferlei Art.

- *Ens astrorum*: Kosmologisches und historisches Gerüst.
- *Ens veneni*: Konkrete biologische Situation des Menschen.
- *Ens naturale*: Enthält die drei stofflichen Prinzipien Sulphur, Mercurius und Sal, Verweis auf die Alchimie.
- *Ens spirituale*: Begegnungsort von Medizin, Philosophie, Physiologie und Psychologie.
- *Ens Die*: Das göttliche Prinzip.

Renaissance: Bedeutung der Städte, des Geldes, der Naturwissenschaften und des Buchdruckes. Alchimie – früher eine Geheimwissenschaft – dringt an die Öffentlichkeit. Einführung des chemisch-technischen Denkens alchimistischer Provenienz in die akademische Medizin. Ebenso handwerkliche und chirurgische Fähigkeiten, die früher Barbieren und Scherern vorbehalten waren. Die Arbeit am menschlichen Körper – und mit dieser das Sezieren – wird zu einem zentralen Thema.

Amboise Paré (1510–1590), Franzose und seit 1554 Mitglied des Collège St. Côme. War studierter Arzt und gleichzeitig „chirurgischer“ Handwerker, der sich vornahm, jene Operationen durchführen, die andere nicht praktizieren können, weil sie nie aus ihren Studierzimmern herausgekommen.

Andreas Vesalius (1514–1546): Professor in Padua. Seziert persönlich, was vorher Ungebildeten vorbehalten war, und verstösst so gegen die Etikette. „De humani corporis fabrica“ (1554), anatomischer Atlas. Kritisiert Galen, weil der sein Wissen über die Anatomie von Affen bezog, was zu falschen Schlüssen geführt habe. Da man Galen immer nur kopiert, nicht jedoch überprüft habe, seien die Fehler mit übernommen worden.

In Padua wurden bereits Vorkenntnisse zum Blutkreislauf gesammelt. Dieser wurde aber dann erst entdeckt von

William Harvey (1578–1657), Engländer: „Abhandlung über die Bewegung des Herzens und des Blutes“ (1628). Galens lineare physiologische Vorstellung, die Leber als zentrales Organ zu betrachten und diese als Ursprung des Blutes zu sehen, wurde in Frage gestellt.

Santorio Santorio (1561–1636), Professor für Medizin in Padua: Konsequenter Versuch, die Medizin physikalisch zu durchdringen: „De statica medicina“ (1614), ernährungsphysikalische Bilanzversuche, Erfinder des Thermometers, Verwendung einer Pulsuhr.

René Descartes (1596–1650), Mathematiker und Naturwissenschaftler. Situiertere Wahrheit als reine, durch Intuition gewonnene Evidenz; Unterscheidung von zwei Substanzen, einer *res extensa* (Aussenwelt) und einer *res cogitans* (Innenwelt), die der Reduktion der Körperwelt auf reine Ausdehnung (*extensio*) in physikalischen Zusammenhängen folgt. Der von Descartes erstmals deutlich formulierte Geist-Leib-Dualismus legitimierte die naturwissenschaftliche Betrachtung des Körpers. Das Tier ist eine Maschine, der menschliche Körper ebenfalls.

Robert Kooke (1635–1703) sah mit einem Mikroskop erstmals „Zellen“ von Korkrinde.

Antonj van Leeuwenhoek (1632–1723) baute 200 Mikroskope und machte mit diesen Infusorien, Spermatozoen und Blutkörperchen sichtbar.

Marcello Malphigi (1628–1694): Schöpfer der mikroskopischen Anatomie. Machte sich zudem verdient um die Embryologie und die Lehre von den Drüsen.

Im 18. Jahrhundert – dem Zeitalter der Vernunft – wurde das medizinische Wissen konsolidiert und die Grundlagen erstellt für die Entwicklung einer naturwissenschaftlich ausgerichteten modernen Medizin (Geburtshilfe, Prophylaxe, Hygiene, Pockenimpfungen, medizinische Polizei, Statistik usw.).

Vergleich der östlichen und westlichen Entwicklung

- Die chinesische und ayurvedische Medizin legen mehr Bedeutung auf das Heilen denn auf das Erforschen des menschlichen Körpers. Krankheitssymptomen und nicht Krankheitsursachen wurde Beachtung geschenkt. In beiden Regionen verhinderten der Respekt vor Menschen und das Beachten religiöser Tabus das Sezieren von Leichen. Entsprechend schwach entwickelt war das anatomische Wissen vom Menschen.
- Das galenische, das ayurvedische und das chinesische System gingen gleichermaßen von Harmonievorstellungen aus. Körperenergien (*Yin-Yang*, *Dosa*, *Humores*) mussten im Gleichgewicht gehalten werden, um Gesundheit zu erhalten, Ungleichgewichte bewirkten Krankheit.
- Bereits in der europäischen Antike begann man mit dem systematischen Zerlegen von Leichen. Galen war ebenfalls ein bedeutender Anatom. In der Spätantike und im Mittelalter war das Sezieren untersagt, im 14. Jh. wird die Tradition wieder aufgenommen. Sie führt rasch zu einer wissenschaftlich fundierten Anatomie, welche die Voraussetzung für die ursachenorientierte, empirische Medizin bilden wird.

2 Drei Stränge, die zur Medizinanthropologie hinführen

2.1 Frühe anthropologische Studien (Bartels, Rivers, Evans-Pritchard)

Max Bartels (1893): Keine Beschreibung von Krankheiten, sondern allein von jenen Anschauungen, welche „Naturvölker“ in Bezug auf Krankheiten entwickelt haben:

Es liegt nicht in der Absicht dieser Schrift, die Krankheitsarten zu besprechen, welchen die Naturvölker unterworfen sind, und wie dieselben bei ihnen verlaufen. Solche Untersuchungen gehören in die Werke über medizinische Geographie. Hier soll wesentlich nur erörtert werden, was für medizinische Anschauungen unter niederen Culturverhältnissen herrschen und was für Mittel und Wege die Naturvölker benutzen, um sich mit den Krankheiten abzufinden. (Bartels 1893: VI).

Themen:

- **Krankheit** kann sein: Ein Dämon, der Geist eines Verstorbenen, ein Tier, oder der Geist eines Tieres, das Saugen oder Zehren eines dämonischen Menschen, etwas Belebtes, ein Animatum.
- **Ärzte**: Medicin-Männer, übernatürliche Fähigkeiten der Medicin-Männer, weibliche Ärzte, das ärztliche Studium, medizinische Lehrbücher.

- **Diagnostik** der Naturvölker: Fähigkeit zur Unterscheidung von Krankheitsarten, Festlegung von Krankheitsnamen, Benennung von Krankheitsfetischen und Amuletten.

Vollständig fehlend ist dieselbe (die Diagnostik) aber wohl nirgends mehr, und selbst bei solchen Volksstämmen, welche unter den uns bekannt gewordenen Naturvölkern auf der allerniedrigsten Stufe civilisatorischer Entwicklung stehen, treffen wir dennoch schon eine Unterscheidung, wenn auch nur weniger, verschiedenartiger Krankheiten an. (Bartels 1893: 95)

- **Medikamente** und ihre Anwendung: Die Medizinal-Drogen, medikamentös behandelte Krankheiten (Fieberfrost, Fieberhitze, Durchfall, Verstopfung, Magenverstimmung, Kopfschmerz, Nasenbluten, Leibschmerzen, Rheumatismus, Wunden, Hautausschläge, Pocken, Epilepsie, Geisteskrankheiten etc.), die Beschaffung der Arzneimittel.
- Die **Arzneiverordnungslehre** der Naturvölker: Abkochen und Umschläge, Einreiben, Salben, Pflaster, Pulver, Abführmittel, Klystiere, Brechmittel, Inhalationen, Einschlüpfungen, Einträufelungen, Pillen, hautröthende Mittel, Narcotica, Bepusten und Bespeien.
- Die **übernatürliche Diagnose** und die **übernatürliche Krankenbehandlung**.
- Die kleine und die grosse **Chirurgie**.

W. H. R. Rivers (1924) vertritt die These, dass Medizin, Magie und Religion ursprünglich zusammengehört haben.

Definitionen:

Religion, on the other hand, will comprise a group of processes, the efficacy of which depends on the will of some higher power, some power whose intervention is sought by rites of supplication and propitiation [...]

Medicine, on the other hand, is a term for a set of social practices by which man seeks to direct and control a specific group of natural phenomena ... phenomena which lower his vitality and tend towards death. (Rivers 1924: 4)

Medizin ist eine *social institution*. Sie existiert in jenen Gesellschaften, welche durch einen hohen Grad an Arbeitsteilung und die Spezialisierung sozialer Funktionen geprägt sind. Mediziner sind Spezialisten innerhalb einer solchen Institution.

Ursachen von Krankheit:

1. Verursacht durch Menschen
2. Verursacht durch ein übernatürliches Agens
3. Verursacht durch natürliche Umstände.

If we examine the culture of any savage or barbarous people, we find that their beliefs concerning the causation of disease fall in the main into one or other or both of the first two categories, while in many cases the third category can hardly be said to exist [...]. (Rivers 1924: 4)

Diese These wird bis heute aufrechterhalten: Archaische Kulturen bemühen sich wenig um die Ätiologie, entsprechend schwach ausgebildete Krankheitsklassifikationssysteme kennen sie.

Es folgen Analysen zu den übernatürlichen Krankheitsursachen (magische Beeinflussung, Seelenverlust etc.), für die Behandlung werden entsprechend magische und religiöse Riten genutzt. Religion und Magie treten zur Interpretation von Krankheit immer dann in Kraft, sobald lebensbedrohende Aspekte im Spiel sind.

Bei „minor ailments“ treten medizinische Praktiker in Aktion und die Hausmedizin gewinnt an Wirkung.

Evans-Pritchard führte zu den Zande eine Forschung für die anglo-ägyptische Kolonialverwaltung im Sudan durch. Zande lebten ursprünglich im Sudan (anglo-ägyptisch), in Zaire (Belgisch-Kongo) und in der Zentralafrikanischen Republik (Französisch-Äquatorial-Afrika).

Zande lebten vorwiegend im Savannengebiet als Ackerbauern, Jäger und Sammler. Sie waren in eine Reihe von *chiefdoms* gegliedert.⁵

In der Hierarchie waren lokale Regenten verantwortlich für Konfliktschlichtung und Rechtsprechung. Hexerei und Ehebruch gehörten zu den häufigen Fällen, welche einer Schlichtung bedurften. Entscheidungen wurden oft über das Giftorakel herbeigeführt. Zum Beispiel wurde Hühnern Gift verabreicht und je nach dem wie sie reagierten, wurde Recht gesprochen.

Engländer zerstörten das traditionelle Rechtsprechungssystem. Es entstanden sodann Geheimgesellschaften von Magiern, die Evans-Pritchard nun untersuchte.

Bei „Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande“ (Evans-Pritchard 1976) handelt es sich um eine detaillierte Studie zur Hexerei, zur Ausbildung und gesellschaftlichen Stellung von Medizinmännern, zum Giftorakel und zu anderen Orakeln.

- Hexerei, Orakel und Magie sind wie drei Seiten eines Dreiecks. Orakel und Magie stellen zwei unterschiedliche Möglichkeiten dar, Hexerei zu bekämpfen.
- Der Magier nutzt „medizinische“ Kenntnisse.
- Der Hexer beruft sich allein auf seine psychophysischen Fähigkeiten, arbeitet ohne Riten und Sprüche.
- Beide sind „Feinde“ des Menschen.
- Die weisse Magie nutzt ebenfalls medizinische Kenntnisse, homöopathische Wirkung, begleitet von Ritualen und religiösen Sprüchen, Gegenmagie als Form der Heilung.
- Anwendung von „Medizinen“ im Zusammenhang mit Naturereignissen (Dürre, Überschwemmung), Bodenbestellung, Jagd, Fischfang, Sammeln, Künsten und Handwerk, Gegenmagie und Krankheit.

⁵ Siehe dazu Evans-Pritchard und Fortes 1940.

2.2 Kultur- und Persönlichkeitsforschung (Ethnopsychologie)

Die im Anschluss an die Forschungen von Franz Boas vor allem in den USA entstandene *Culture and Personality anthropology* setzte sich zum Ziel, das Verhältnis von **Kultur** (Weltanschauung, Religion, Sozialstruktur, Krankheitsentstehungen usw.) und **Persönlichkeit** (ein durch „enkultivierende“ Sozialisation geformtes Wesen) zu verstehen. Bereits die beiden Boas-Schülerinnen Margaret Mead und Ruth Benedict griffen auf die damalige Psychologie (insbesondere auf Sigmund Freud) zurück, wodurch sich innerhalb der *cultural anthropology* ein starker ethnopsychologischer Strang entwickeln konnte.⁶

Nicht mehr die Evolution des Menschen stand im Mittelpunkt der Betrachtung, sondern der Mensch in seiner kulturellen Ausformung.

Vier Richtungen schälten sich heraus:

a) Konfiguralisten (1920–1940)

Kultur ist zu verstehen als übersubjektive Konfiguration, die einen spezifischen Persönlichkeitstyp hervorbringt, somit determinierend wirkt.⁷

Edward Sapir: „[...] the more fully one tries to understand a culture, the more it seems to take on the characteristics of a personality organization [...]“ (zit. in Mandelbaum 1949: 201).

Sprache formt das Denken, Sprache ist jener wichtige Filter, der bestimmt, wie die Welt zu sehen ist. Eine gemeinsame Sprache bewirkt gleichartige kognitive, perzeptive und volatile Verhaltensweisen, deren Gesamtheit machen Kultur aus.

b) Basic and Modal Personality (1935–1955): Abram Kardiner, Ralph Linton, Cora Du Bois, Anthony Wallace

Das Konzept der **Basic Personality Structure (BPS)** „places the focal point of culture integration in the common denominator of the personalities of the individuals who participate in the culture“. (Kardiner & Linton 1939: viii–ix)

Unter Rückgriff auf die Begriffe Adaption und Projektion (Freud) situierte Kardiner die BPS zwischen der primären und der sekundären Institution (Kardiner & Linton 1939: 1–134; Kardiner et. al. 1945: 1–46). Eine kausale Kette entsteht:

<i>Environment</i> →	<i>Primary Institutions</i> →	<i>Basic Personality</i> →	<i>Secondary Institutions</i>
	including	including shared	including religion
	subsistence types,	anxieties,	mythology,
	household forms, and	defenses, and	and folklore
	child training	neuroses	

Cora Du Bois (1944) suchte auf den Alor-Inseln mittels psychologischer Tests und ethnologischen Methoden nach dem gemeinsamen Nenner, auf dessen Basis dortige Menschen einer bestimmten Kultur ihre Persönlichkeit aufbauen. Sie fand die BP nicht, da die intrakulturelle Variabilität zu groß war.

Folgerung: Die einer Kultur zugehörige *Basispersönlichkeit* ist nicht zu eruieren. Es existiert höchstens eine *modale Persönlichkeit*. Innerhalb einer Kultur verfügt allein eine Kerngruppe über jene typischen Charakteristika, welche die Kultur repräsentiert.

⁶ Siehe Bock 1980. Zu Mead, Sapir, Whorf und Freud siehe Marschall 1990.

⁷ Siehe Mandelbaum 1949; Erikson 1950; Hallowell 1955a.

c) *National Character* (1940–)

Im Zuge der nationalistischen Welle und des Zweiten Weltkrieges wurde versucht, das holistische Kulturkonzept zu nutzen, um nationale Eigenarten mit spezifischen Persönlichkeitstypen zu verknüpfen. Eine Reihe von Nationalcharakterstudien entstand, welche sich von stereotypisierten Bildern (Gelbe Gefahr, slawische Seele, autoritäre deutsche Persönlichkeit) leiten liessen.⁸

d) *Cross-Cultural Studies* (1950–): Whiting, Spiro, Le Vine, Spindler, D'Andrade.

Kulturvergleichende Studien wurden wichtig. Nicht ganze Kulturen wurden miteinander verglichen, sondern Kulturelemente der einen mit solchen der andern Kultur, z. B. Verwandtschaftsstrukturen, Rituale und Sozialisationsformen. Zu einem wichtigen Instrument wurde das an der Yale University von George P. Murdock und anderen aufgebaute Archiv *Human Relations Area Files (HRAF)*. Daten von mehreren hundert Kulturen wurden hier zum **systematischen Vergleich** aufbereitet (Murdock 1949). Kulturvergleichende Methoden stellen Korrelation her von A zu B. Verifizierbarkeit ist wichtig, folglich auch statistisches Vorgehen.

Beispiel einer kulturvergleichenden Studien: Whiting und Child 1953

Ausgehend vom BPS-Konzept versuchten die Forscher anhand eines Sample von 39 Ethnien zu zeigen, dass Sozialisationsformen (primäre Institution) eng mit Kulturvorstellungen (sekundäre Institution) korrelieren. Das Material wurde HRAF entnommen.

These: Kulturen, in welchen Kleinkinder über Jahre hinweg gestillt werden, in denen sie viel Körperkontakt haben, und wo sie sodann abrupt entwöhnt werden, entsteht eine oral begründete Sozialisationsangst. Auf der kulturellen Ebene manifestieren sich Vorstellungen, die besagen, dass Krankheiten eine orale Komponente beinhalten, z. B., dass Krankheit über die Einnahme von Nahrung, die Berührung mit Speichel oder über das Sprechen (Magie) erzeugt werde. Die Resultate zeigten eine hohe Korrelation.

Beispiele für holistische, beziehungsweise kulturellrelativistische Ansätze (Benedict, Mead)

Ruth Fulton Benedict (1887–1948)

1927 Feldforschung unter den Pima, war beeindruckt von den enormen Unterschieden zu den *Plains Indians*, die sie von früher her kannte. Pueblo = Harmonie, Pima = Suche nach Extremen.

Kultur ist nicht einfach eine Matrix, innerhalb derer sich die Persönlichkeit entwickelt, sondern sie ist eine Persönlichkeit auf höherer Ebene.

Pattern: Im Verhalten der Individuen finden sich feste, regelhafte Gewohnheiten, die sozial erzeugt werden und die selbst wieder einen normativen Wert haben. Ein *cultural pattern* ist dasjenige, wonach geformt wird und zugleich das Geformte. Ihm haftet fast ein zwingender Charakter an.

Dominante kulturelle Konfiguration:

Apollinische Pueblo-Indianer: Das Ideal besteht darin, den Mittelweg zu finden, starke Emotionen sind verpönt. Ausgeglichenes Verhalten wird angepriesen. Gewalt, Ärger, Eifersucht usw. wirken zerrüttend auf soziale Beziehungen.

⁸ Siehe hierzu: Benedict 1946; Gorer und Rickman 1949; Inkeles 1961; Kluckhohn 1957.

Dionysische Plains Indians: Das Ideal ist der Exzess. Glorifiziert wird jenes Individuum, dem es gelingt, dem Alltäglichen physisch und psychisch zu entgehen. Träume und Visionen werden aktiv gesucht und mittels äusserer Mittel (Fasten, Drogen, Selbstquälung) herbeigeführt.

Paranoische Dobu (Dobu-Inland, Melanesien): Ein Leben im Klima von Konflikten und Verdächtigungen. Mann und Frau, Nachbar und Nachbar, Dorf und Dorf werden einander symbolisch entgegengesetzt. Des einen Verlust ist des andern Gewinn. Charakter der Dobu: Stur, zimperlich, leidenschaftlich, eifersüchtig, rachsüchtig. Von einem respektierten Dobu wird gesagt, dass er gestohlen, betrogen, Kinder getötet und schwarze Magie betrieben habe.

Megalomane Kwakiutl : Zentrale kulturelle Idee ist Eigentum, das akkumuliert und zerstört wird. Im Wettkampf der Zerstörung steigt das Ansehen des Siegers. Dieses Verhaltensmuster durchdringt sämtliche sozialen und religiösen Institutionen: Häuptlingsnachfolge, Heirat, religiöse Zeremonien, Trauer, Krieg.

Folgerungen, die auf Kulturrelativismus verweisen:

1. Eine kulturelle Konfiguration funktioniert wie eine Nische. Gut angepasste Individuen überleben innerhalb des Musters, schlecht angepasste werden ausgeschieden.
2. Kulturelle Normalität muss vor dem Hintergrund einer bestehenden Konfiguration betrachtet werden.
3. Individuelle Verhaltensweisen können nur vom Hintergrund von geltenden Mustern her verstanden werden.
4. Es existieren unendlich viele kulturelle Variationen. Jede Kultur ist für sich individuell und einzigartig.
5. Aber: Nicht jede Kultur hat eine eigene klare Konfiguration entwickelt.

Margaret Mead (1901–1978)

Studierte Psychologie in New York. Erst in ihrem letzten Collegejahr 1922 fasste sie den Entschluss, Anthropologie zu studieren. Assistentin bei Boas.

Dissertation zur Frage der kulturellen Stabilität in Polynesien (1928).

Mit der Studie „Coming of Age in Samoa“ (Mead 1928) versuchte Mead zu zeigen, dass samoanische, im Gegensatz zu westlichen Mädchen, keine Adoleszenzkrise kennen würden. Freiheitliche Erziehung sowie frühe sexuelle Begegnungen mit dem andern Geschlecht führt sie als Gründe an.

In der Studie „Growing Up in New Guinea: A Comparative Study of Primitive Education“ (Mead 1930) setzt sich Mead mit der Sozialisation bei den Manus auseinander. Manus (ca. 2000 Personen) leben auf Pfahlbauten in Lagunen, Fischfang (grosse Auslegerkanus). Tausch von Fischen gegen landwirtschaftliche Produkte mit Nachbarn. Täglicher Markt. Bilaterale Struktur. Kein Häuptling, kein Dorfrat.

Strenger Moralkodex, Fleiss und sexuelle Zurückhaltung, puritanische Haltung.

Glaubensvorstellungen: Krankheiten sind Strafen von Geistern für wirtschaftliche oder sexuelle Vergehen.

Persönlichkeit: misstrauisch, neidisch, konfliktiv, selbstsüchtig, egoistisch.

Mead war die erste Anthropologin, die im Feld mit psychologischen Tests arbeitete.

Versuchte die Animismus-These zu widerlegen, die gemäss Piaget besagt, dass erst Erwachsene zu einem rational-logischen Denken gelangen, während Kinder einem animistischen Denken verhaftet sind (Zanolli 1990: 303–306).

Folgende Methoden hat sie angewendet:

- a) **Ereignis-Analyse** (von ihr später so bezeichnet): Beobachtete Kinder beim Spiel, allein oder in Gruppen, bei Gesprächen untereinander oder mit Erwachsenen etc. → kein Hinweis auf animistisches Denken.
- b) Liess Kinder spontan **Zeichnungen** anfertigen (35.000) → keine einzige zeigte Anzeichen einer Personifizierung von Gegenständen. Alle Szenen waren ganz und gar realistisch, entsprachen ihren täglichen Erfahrungen.
- c) **Tintenflecken-Bilder**: Wusste vom Rorschach-Test, kannte ihn aber nicht. Benutzte selbstgefertigte symmetrische Tintenflecken-Bilder. Liess Kinder diese interpretieren. → Keine Anzeichen für animistische Denkweise. Flecken wurden als Tiere oder Objekte aus dem unmittelbaren Erlebnisumkreis interpretiert.
- d) Versuchte **Kinder mit Fragen zu animistischem Denken anzuregen**. Beispiel: "Das Kanu ist doch böse, nicht wahr? Es schwimmt weg?" Antwort: "Nein, P. hat es nicht angebunden", oder: "Nein, die Schnur hat sich gelöst". (Mead zit. in Zanolli 1990: 304) → keine animistisch geprägte Denkweise bei Manus-Kindern

Resultat: Kinder haben nicht nur kein animistisches Denken, sie reagieren sogar negativ auf Erklärungen, die nicht den praktischen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang widerspiegeln. Ein Manus-Kind denkt weniger animistisch als ein Manus-Erwachsener. In unserer Gesellschaft ist es umgekehrt: Kinder tendieren eher dazu, Gegenstände zu personifizieren, als Erwachsene (Zanolli 1990: 304).

Kulturrelativistische Erklärung:

- a) Jeder Mensch weist grundsätzlich dasselbe Ursprungspotential auf. Welche Aspekte letztlich sodann zum Vorschein kommen, hängt von den historischen Entwicklungen und den kulturellen Bedingungen ab, durch die dieselben gefördert, unterdrückt, als bedeutungsvoll oder als bedeutungslos für die Kultur angesehen werden.
- b) Der Mensch verfügt sowohl über die Fähigkeit zu animistischem als auch zu rationalem Denken. In unserem Erziehungsbild wird animistisches Denken tendenziell unterdrückt und Rationalität gefördert, bei den Manus wird eher die rationale Denkweise unterdrückt. Manuserwachsene neigen somit zu animistischem Denken.

Drei Faktoren bedingen das rationale Denken von Manus-Kindern:

- 1) Die Sprache der Manus ist einfach, klar, ohne Metaphern.
- 2) Manus-Kinder sind sehr früh gezwungen, sich an ihre physische Umwelt in hohem Masse anzupassen, d. h. die physisch bedingten Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zu begreifen.

- 3) Die Erwachsenen teilen ihre Traditionen und Überlieferungen (Geschichte, Mythen) nicht mit den Kindern. Klare Trennung zwischen der Erwachsenen- und Kinderwelt.

Bei „Sex and Temperament in Three Primitive Societies“ (Mead 1970 [1935]) handelt es sich um die erste komparative Gender-Studie. Arapesh, Mundugumor und Tchambuli (alle in Neu-Guinea) werden miteinander verglichen.

Berg-Arapesh: Patrilinear, Gartenbau, Schweinezucht, keine politische Organisation.

Charaktere: Gutmütig, freundlich, aufgeschlossen, warmherzig, vertrauensvoll. Permissive Erziehung.

Geschlechterbeziehungen: Das Ideal ist die ruhige, häusliche Liebe. Keine sexuelle Aggressivität. Es ist gefährlich, die männliche "Hitze" mit der weiblichen "Kälte" (Abneigung) zu vermischen. Die Arapesh sehen keinen Zusammenhang zwischen plötzlich erwachter Leidenschaft und Liebe. Nur in der stabilen und dauerhaften Ehe ist Geschlechtsverkehr gefahrlos und wertvoll. Sowohl Männer als auch Frauen sollen umsorgend, sanft, entgegenkommend sein.

Mundugumor: Ökonomisch, sozial und politisch ähnlich wie die Arapesh, ansonsten grundverschieden (Kannibalen, Kopffäger).

Idealer Haushalt: Zehn Ehefrauen, Wohlstand, Reichtum, Gewalt gegen Frauen häufig.

Familiendynamik: Ältere Ehefrauen werden von Ehemann vernachlässigt, Sohn muss Mutter gegen den Vater verteidigen, Vater will Töchter gegen andere Frauen eintauschen.

Fast in jeder Hütte sitzt eine seiner mürrischen Frauen mit einem eifersüchtigen aggressiven Sohn, der ein Recht auf die Schwestern geltend macht. Diese Feindschaft zwischen Vater und Sohn, zwischen Brüdern und Halbbrüdern findet sich in jeder Familie der Mundugumor. Selbst wenn der Mann nur eine einzige Frau hat, gibt es Konflikte wegen der Tochter. Ein derartiges System ist für den Aufbau einer Gesellschaftsordnung natürlich eine unsichere Grundlage, es gibt keine echte Verwandtschaft, keinen Kern männlicher Verwandter, um den sich die Gesellschaft dauerhaft kristallisieren könnte. (Mead 1970: 169)

Charaktereigenschaften von Mann und Frau: männlich, aktiv, viril (sexuelles Draufgängertum), hart, arrogant, rücksichtslos egoistisch, ohne Merkmale von Sanftmut und Zartheit.

Tchambuli: Patrilinear, duale Struktur (Mutter- und Sonnenmenschen), exogam.

Kulthäuser auf hohen Pfählen am Seeufer. Frauen Fischen und Flechten, Männer widmen sich den Kulturen.

Tchambuli leben für ihre Künste. Jeder Mann ist ein Künstler, Tanz, Malerei, Schnitzerei, Flechtereier.

Jeder Mann ist hauptsächlich mit seiner Rolle auf der Bühne seiner Gesellschaft beschäftigt: mit der Ausarbeitung der Kostüme, der Schönheit seiner Masken, der Geschicklichkeit seines Flötenspiels, der Vollendung und dem Elan seiner zeremoniellen Darbietungen. (Mead 1970: 223)

Feste für alles. Tchambuli schätzen vor allem ihr kompliziertes soziales Leben, ihre endlosen zyklischen Feste und Tänze.

Frauen als Gruppe im Frauenhaus vermitteln soziale und ökonomische Sicherheit. Ziehen als Gruppe nebenbei die Kinder auf, ohne diesen allerdings besondere Aufmerksamkeit zu widmen, Stillen sie, stopfen sie permanent mit Leckerbissen voll, wenn sie zu weinen beginnen.

Unterschiedliches Erziehungsideal für Mann und Frau: Frauen vom Temperament her die aktiven, Lebhaften und Kräftigen. Männer eher passiv, launenhaft und eifersüchtig.

Beispiele für projektive Testverfahren:

A. Irving Hallowell führte bei den Ojibwa (Lake Winnipeg, Jäger, Sammlerinnen, Fischer. Keine festen Siedlungen, keine *Chiefs*, atomistische Gesellschaft) 217 Rorschach-Tests (120 M, 97 F, zwischen 16 und 80 Jahren) durch.⁹ Seine Ergebnisse:

- Sie sind hoch introvertiert.
- Institutionalisierte soziale Sanktionen sind ebenso absent wie internalisierte soziale Kontrollen. Das Individuum fühlt die ganze Verantwortung für individuelle Handlungen. Krankheit und Unglück sind gedacht als Strafen für nichtangepasstes oder falsches Tun, tiefe Schuldgefühle herrschen vor.
- Tragende Ich-Stützen sind verbunden mit dem Glauben an die Notwendigkeit übernatürlicher Assistenz, was die Basis der psychischen Sicherheit abgibt. Träume gelten als wichtigstes Medium für Kontakte mit dem Übernatürlichen.
- Psychische Sicherheit ist nie absolut, Bedrohung durch Magie ist permanent. Dies wiederum erfordert extreme Vorsicht in persönlichen Beziehungen. Oberflächliche Freundlichkeit und emotionale Zurückhaltung sind verbunden mit latentem Misstrauen und mit Furcht.

Statistische Auswertung der Rorschach-Tests, Berechnung von Durchschnittswerten aus den Rorschach-Protokollen. Eruierung des Durchschnittsprofils, *common denominator*. Die Ojibwa-*personality* wird als eine einzige (Durchschnitts-) Person konstruiert.

Anthony F. C. Wallace (1952) führte Rorschach-Tests in Tuscarora, einem Irokesen-Dorf nahe Buffalo, New York, durch.

Suche nach der modalen Persönlichkeit (*modal personality*, MP). Dass heisst, es werden nur Rorschach-Werte verwendet, die innerhalb einer bestimmten Bandbreite liegen.

Sample nach Alter und Geschlecht: 70 Testprotokolle (36 Männer, 34 Frauen, zwischen 16 und 70 Jahre alt) von einer Bevölkerung von 352 Personen.

26 von 70 Individuen innerhalb der MP. Weitere 16 Personen (genannt submodal) gruppierten sich um die MP.

MP wird als eine Person behandelt. Wie sieht diese aus?

- Starker Trend nach Passivität und Abhängigkeit.
- Furcht vor Zurückweisung und Bestrafung durch die Umgebung und durch das eigene Selbst.

⁹ Siehe Hallowell 1955b, 1955c.

- Ein kompensatorischer Zug, um hyperunabhängig, aggressiv, selbsterhaltend zu sein.
- Unfähig, die Umgebung realistisch zu evaluieren und sich an diese anzupassen.
- Abhängig von Kategorien, Stereotypen und einer deduktiven Logik.

Vergleich mit Ojibwa-Protokollen: Ähnlichkeit in der Kern-Persönlichkeit und Unterschiede, die auf kulturell differierende Strukturen zurückgehen.

Beschreibt in einer Fussnote eine Tuscarora-Frau mit hoch devianten Rorschach-Daten zu der MP. Sie müsste unangepasst an die Tuscarorakultur sein. Trotzdem stellt er fest, dass die Frau innerhalb ihres sozialen Kontextes sehr gut funktioniert: hochrespektierte und geschätzte "Clan-Mutter". Korrektur an der Nischentheorie von Ruth Benedict, nach der an das *pattern* nicht angepasste Menschen herausfallen.

Wallace nimmt seine spätere Theorie der "*organization of diversity*" vorweg (Wallace 1961). Frage nach der Art, wie verschiedene *personalities* in einem funktionierenden und sich wandelndem sozialen System eingebettet sind.

Der Anthropologe Thomas Gladwin und der Psychiater Seymour B. Sarason führten auf Truk Rorschach-Tests durch und nahmen Lebensgeschichten auf.¹⁰

Truk: Insel im Süd-Pazifik (Mikronesien). Copra, Cassava, Taro, Papaya, Bananen, Fisch; Schweine und Hühner relativ selten.

Matrilinear, Clanorganisation, Ahnengenealogie, Landrechte auf Clanebene.

23 Lebensgeschichten, Rorschach-Protokolle und 23 TAT.¹¹ Auswertung durch Sarason, der die ethnographischen Daten von Gladwin nicht kannte.

Rorschach-Resultate zu Truk-Insulanern:

- Konkretes und rigides Denken herrscht vor.
- Sie sind unfähig, auf einen Stimulus in mehr als einer Weise zu reagieren, grosse Schwierigkeit, ihre mentalen Fähigkeiten flexibel zu gestalten. Fehlende Flexibilität in Konfliktsituationen, inadäquates Reagieren.
- Verzögerte Reaktionen, vermeiden von Reaktionen.
- Fehlende Spontaneität, kein impulsives Verhalten.
- Starke Hemmungen.
- Diskrepanz zwischen innerem Fühlen und Denken und äusseren Manifestationen. Äussere Passivität als gelernte Abwehr gegenüber starken inneren aggressiven Zügen.
- Oberflächliche interpersonelle Beziehungen.
- Sexuelle Konflikte, Sexualität nimmt einen ungewöhnlich hohen Stellenwert ein und ist besetzt mit grossen Ängsten.

¹⁰ Siehe Gladwin und Sarason 1953.

¹¹ TAT: Thematischer Apperzeptionstest. Wurde 1935 von dem amerikanischen Psychologen Henry Alexander Murray entwickelt. TAT gehört zu den projektiven Tests und ist ein Verfahren der Psychodiagnostik.

- Frau: Aggressiver, weniger gut kontrolliert, emotional, labiler. Obwohl ebenfalls gehemmt, kommen starke Gefühle eher an die Oberfläche als bei Männern. Gefühlsunterdrückung nicht so stark.
- Mann: Grössere Gehemmtheit im sexuellen Bereich, stärkere Gefühle bezüglich des inadäquaten Verhaltens. Überbetonung des Penis im Bereich des adäquaten sozialen Verhaltens.
- Trotz vielen Übereinstimmungen sind grosse individuelle Unterschiede zu beobachten.

TAT-Resultate:

1. Konflikt zwischen Mann und Frau, speziell im sexuellen Bereich und bezüglich weiblicher "*assertiveness*" (Geltung, Stellung, Selbstsicherheit)
2. Inkonsistenz in der Eltern-Kind-Beziehung: fehlende Gelegenheit, die Identität mit stabilen Elternbildern herauszubilden.
3. Ängste bezüglich möglichem Nahrungsmangel, zurückgehend auf frühe orale Frustrationen.
4. Trennungsängste, Verlustängste und Furcht vor Isolation permanent, in Verbindung stehend mit Angst vor Nahrungsmangel.
5. "*Laziness*" im Sinn einer starken Präferenz von einem leichten, passiven Leben.
6. Unterdrückung von feindseligen Gefühlen.

Übereinstimmung der anthropologischen und psychologischen Daten: "Man in Paradise is not entirely happy" (Gladwin und Sarason 1953: 457). Inkonsistenz in der Kindererziehung produziert ein Individuum, das

[...] has great difficulty in formulating a mode of behavior which [...] will be effective in dealing with his social environment, and who becomes a conformist intent on avoiding conflicts and difficult choices. (Gladwin und Sarason 1953: 457)

2.3 Ethnopsychiatrie

Ebenso wie die Kultur- und Persönlichkeitsschule war die Ethnopsychiatrie in ihren Anfängen *holistisch* und *kulturrelativistisch* ausgerichtet. Da *Normalität* als kulturell determiniert betrachtet wurde, war es nur logisch, auch *Anormalität* als kulturell determiniert zu sehen. Die in einer Kultur existierende soziale und psychische Devianz wurde vor dem Hintergrund existierender kultureller Muster gedeutet.

Benedict (1934) und Devereux (1940) insistierten, Psychopathologie kulturrelativistisch zu verorten. Ihnen zufolge ist eine Person nicht abnormal aufgrund universell gültiger charakteristischer Symptome, sondern aufgrund der Tatsache, dass ihre spezifischen Reaktionen die soziale Integration in einer gegebenen Gesellschaft verhindern.

Im Gegensatz zur evolutionistischen erlaubt die kulturrelativistische Betrachtungsweise (1) den Zugang zu emischen (*emic* versus *etic*) Klassifikationen von Krankheitsbildern, (2) die positive Wertung jener Therapien, die sich innerhalb einer Kultur herausbilden, um deviantes

Verhalten zu bearbeiten, und (3) die Suche nach kulturspezifischer Rationalität und Effizienz (s. dazu auch Ackerknecht 1971).

In der klassischen Anthropologie hat ethnopsychiatrische Forschung dazu beigetragen, im westlichen Kontext als Pathologien charakterisierte Verhaltensweisen den Geruch des Krankhaften zu nehmen:

- Eliade (1975: 13–76) z. B. zeigte, dass sibirische und zentralasiatische Schamanen den Weg des Schamanismus wählen, um sich in Form der Selbsttherapie von psychischen Krankheiten (Psychosen, Epilepsie u. a.) zu heilen.
- Devereux (1937) führte aus, dass bei Mohave (Prärieindianer) Homosexualität anders situiert ist als in der westlichen Gesellschaft und dass gesellschaftliche akzeptierte Formen des Transvestitentums (Berdache) existieren.
- Benedict (1961) versuchte zu zeigen, dass paranoisches Verhalten bei den Dobu (Neuguinea) und megalomanes Verhalten bei den Kwakiutl gesellschaftlich normal ist.

Aus heutiger Sicht hat die klassische Ethnopsychiatrie den Kulturrelativismus zu stark gewichtet und insbesondere biologische Faktoren ausser Acht gelassen. Es besteht heute Einigkeit, dass psychische Devianz – je nachdem, um welche Pathologien es sich handelt – sowohl biologische als auch kulturelle Elemente aufweist. So wird unterschieden zwischen psychischen Störungen, die mehr organischen Ursprungs sind (invariante Störungen, die universell sind), und solchen, die mehr soziale Ursachen haben, die folglich relativ variant und kulturspezifisch sind:

Invariante psychische Störungen

1. Schizophrene Störungen
2. Affektive Störungen
3. Organische Gehirnstörungen
4. Geistige Fehlentwicklung
5. Dissoziative Störungen (Amnesie, Trance, psychogene Fluchtzustände)

Variante psychische Störungen

1. Verhaltensstörungen
2. Anpassungsstörungen
3. Angststörungen
4. Somatoforme Störungen
5. Persönlichkeitsstörungen
6. Atypische Psychosen

(nach Johnson 1988: 171)

Kulturgebundene Syndrome

Im Zuge kulturrelativistischer Forschung haben insbesondere jene Syndrome Beachtung gefunden, denen eine kulturspezifische Verortung attestiert wurde. Die meisten dieser Syndrome wurden nicht empirisch untersucht und sind inzwischen verschwunden, so dass sie auf Inhalt und Form nicht überprüft werden können.

a) Exotische Psychosen

Latah

Wurde erstmals Mitte des 19. Jahrhunderts in Südostasien festgestellt (Indonesien, Malaysia, Borneo); um 1910 wurden noch einzelne Fälle beobachtet, heute gilt Latah als verschwunden.

Schüttelsyndrom (ähnlich dem Gilles de la Tourette-Syndrom): Hypersuggestibilität, Echolalie, Echopraxie, sexuell aufgeladene Sprache, Amnesie für die Zeit des Anfalls (Murphy 1976, Winzeler 1995).

Amok

Begriff aus dem Malayischen. Plötzlicher, unkontrollierter Gewaltausbruch, begleitet von Wutanfällen und Depersonalisation. Es folgt ein Erschöpfungszustand oder eine katatonische Trance, Amnesie für die Zeit der Erholung.

Amok kommt in unterschiedlicher Stärke vor, ist manchmal psychotisch unterlegt, manchmal auch nicht. Amok kann auch simuliert werden (Burton-Bradley 1968).

Windigo

Wird im 19. Jh. von kanadischen Gruppen berichtet, die unter harschen Lebensbedingungen als Jäger und Sammlerinnen gelebt haben: Cree, Ojibwa, Salteaux.

Obsessive Furcht vor einer magischen Transformation in einen Windigogeist durch Hexerei. In Verknüpfung mit Schuld und Depression im Hinblick auf das Scheitern als Jäger. Umwandlung der Schuld in aggressives Verhalten; verbotener Wunsch, menschliches Fleisch zu essen, Projektion auf den Windigogeist. In Windigoerzählungen verspeisen Jäger oft Verwandte. Konkrete Windigo-Beispiele sind nicht dokumentiert (Johnson 1988: 172–173).

b) Nichtpsychotische Reaktionen

Pibloktoq (arktische Hysterie)

Vor allem unter Inuit existent. Manifestiert sich durch Angstzustände und Depression (Weinen, Zittern, Schreien), Entkleiden, Tierstimmen Imitieren, Fluchtverhalten, Aggression. Untersuchungen in den 1970er Jahren haben ergeben, dass Vitamin- und Kalziummangel in arktischen Gebieten Ursache für solche Reaktionen sein können. Hinzu kommt soziale Isolation (Foulkes 1972).

Koro

Neurotisches Phänomen, das hauptsächlich bei chinesischen Männern auftritt. Resultiert aus einer Mischung aus Schuldgefühl und Obsession hinsichtlich sexueller Potenz. Betroffene fürchten, dass sich ihr Geschlechtsteil bei exzessivem Gebrauch in den Körper zurückziehe. Angst vor sozialem und physischem Tod (Yap 1965).

Kulturelles Muster: Chinesisches Harmonieideal im sozialen, psychischen und körperlichen Bereich. Exzessive sexuelle Betätigung gefährdet die Harmonie, führt zu Krankheit und sogar zum Tod. Findet sich als literarisches Motiv in den erotischen Romanen der Ming-Zeit häufig.

Susto

Im Hochland Lateinamerikas weit verbreitet. Schreckzustand (*susto*), verknüpft mit der Furcht vor dem Verlust der Seele oder eines Seelenteils (*espanto*). Ursachen können magischer (Fluch, Hexerei) oder reeller Natur (Unfall, Verletzung, Aggression) sein. Symptome: Diffuse Ängste, Schlaflosigkeit, Anorexie, Müdigkeit, Unruhe, soziale Isolation. *Susto* beinhaltet oft auch die Furcht vor dem Bösen Blick, vor schwarzer Magie und vor Besessenheitsgeistern (Rubel et al. 1984).

Zusammenfassung und Kritik am Kultur- und Persönlichkeitsansatz und an der Ethnopsychiatrie

- Es existiert so etwas wie eine übersubjektive holistische Kultur, welche die Menschen prägt. Der Ort dieser Prägung ist die Sozialisation.
- Die in einer bestimmten Kultur sozialisierten – „enkulturierten“ – Menschen verfügen über ein spezifisches internalisiertes Kulturmuster (Ruth Benedicts *pattern of culture*).
- Daraus folgt, dass die in einer bestimmten Kultur lebenden Menschen über gemeinsame Persönlichkeitsanteile verfügen (Abraham Kardiners *Basic Personality Structure*), die K+P-Schule hat dieses BPS gesucht.
- Im Zentrum der Betrachtung stehen die Suche nach der Interaktion von Kultur und Persönlichkeit sowie der Kulturrelativismus.
- Da eine Kultur „Normalität“ bestimmt, definiert sie ebenfalls „Anormalität“. Die Ethnopsychiatrie suchte nach dieser kulturspezifischen Anormalität, indem sie kulturspezifische Syndrome in Form von Psychosen (Latah, Windigo, Taruju) und Neurosen (arktische Hysterie, Koro, Susto) ortete.

Probleme, die sich mit diesen Ansätzen ergeben:

- Homogenitätsfrage; intrakulturelle Variabilität ist oft grösser als interkulturelle.
- Das Erfassen und Verstehen von kulturellem Wandel ist praktisch ausgeschlossen.
- Dadurch, dass kulturelle Determinierung als unilinearere Prozess betrachtet wird, bleibt der Anteil, welcher das Individuum an der Konstruktion von Wirklichkeit hat, unberücksichtigt.
- Institutionen, die zwischen Kultur und Persönlichkeit „vermitteln“, werden kaum erfasst.
- Komplexe Gesellschaften entziehen sich dem K+P-Ansatz. Die kulturelle Variabilität ist in diesen so ausgeprägt, dass die Annahme der Existenz einer homogenen Kultur absurd ist.

3 Moderne Medizinanthropologie

Gesellschaftspolitische Hintergrund zur Entstehung der Medizinanthropologie: Nach dem 2. Weltkrieg beschleunigte sich die Ausbreitung des biomedizinischen Modells in den Ländern der Dritten Welt. Sowohl in Staaten, die noch in kolonialer Abhängigkeit waren, als auch in solchen, die sich aus dieser befreit hatten, wurde das westliche Medizinsystem eingeführt (Stichworte: nationale Gesundheitsministerien, universitäre Ausbildung von Medizinern, Spitalgründungen, kurative und präventive Medizin). Der Aufbau „moderner“ medizinischer Systeme führte zur Konfrontation mit „traditionellen“ medizinischen Systemen. Die Modernisierungsideologie, die in westlichen Ländern bereits im 19. Jh. zu wirken begann, wurde in der Dritten Welt ebenfalls umgesetzt.

- **Modernisierungsthese:**

1. Biomedizin ist wissenschaftlich abgestützt, sie ist empirisch, ursachenbezogen und effizient, und sie ist deshalb allen andern medizinischen Systemen überlegen. Dies nicht zuletzt deshalb, weil sie sich vom magischen und religiösen Denken befreit hat. Die Wirkung des Penicilin und diejenige von Impfstoffen werden als Belege angeführt. Moderne Medizin muss weltweit verbreitet werden, um die Gesundheitsprobleme zu lösen.
2. Medizinsoziologische Perspektive bezüglich Patientenverhalten.¹² Frage nach der Handlungsrationaltät, die im Verhalten von Patienten zum Ausdruck kommt. Aus funktionalistischer Sicht beinhaltet Kranksein die Akzeptanz einer veränderten sozialen Rolle. Parsons (1951)¹³ hat dieses veränderte Verhalten in vier Punkten zusammengefasst:
 - Kranksein befreit von normalen Rollenverpflichtungen.
 - Kranke können für ihren Zustand nicht verantwortlich gemacht werden, deshalb muss ihnen Fürsorge und Pflege zukommen.
 - Kranksein ist ein unerwünschter Zustand. Es wird von Kranken der Wille erwartet, baldmöglichst gesund zu werden.
 - Kranke müssen den Willen, gesund zu werden, dadurch unter Beweis stellen, dass sie alles zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit unternehmen, z. B. indem sie fachkundige Hilfe annehmen und kooperieren.

Parsons funktionalistisches Modell widerspiegelt die Sicht, wie sie in der Industriegesellschaft vorherrscht. Krankheit ist erstens ein *natürliches*, zweitens ein *individuelles* Phänomen. Komplementär dazu stehen die impliziten Annahmen der modernen Medizin: wissenschaftliche Rationalität und Objektivität, physiochemische Ausrichtung, cartesianischer Dualismus von Geist und Körper. Im Zentrum der Interaktion von Arzt und Patient steht die Frage der *compliance*.

3. Primitive Medizin ist unwissenschaftlich, sie arbeitet mit Magie und Religion (Schamanismus, rituelles Heilen, Aberglaube, Hexerei, Kräutermedizin). Sie ist der modernen Medizin nicht nur unterlegen, sondern sie ist auch ein grosses Hindernis für deren Verbreitung. Folglich muss sie bekämpft werden.
4. Die Verbreitung der westlichen Medizin in den Ländern der Dritten Welt hat massgeblich dazu beigetragen, die medizinische Versorgung zu pluralisieren. Verschiedene medizinische Systeme bestehen nebeneinander und konkurrieren miteinander. Nicht zuletzt deshalb verlieren *kulturholistische und -deterministische* Interpretationszugänge an Bedeutung und werden durch *akteurzentrierte* Theorien ersetzt.

Arthur Kleinman gilt als Begründer der modernen Medizinanthropologie.¹⁴ Er ist sowohl Psychiater als auch Anthropologe. Ab 1969 arbeitete er verschiedentlich in Taipeh (Taiwan) als Psychiater und betrieb anthropologische Forschungen. Bis vor kurzem war er Professor an der Harvard Medical School.

¹² Siehe Parsons 1951.

¹³ Siehe dazu Anderson 1996: 132–135.

¹⁴ Siehe Kleinman 1980.

Im alten Lung Shan Distrikt (Taipeh) findet Kleinman (1980) in der Umgebung des Lung Shan-Tempels folgende medizinischen Angebote:

1. Kliniken, von denen die einen eine westliche Medizin, die andern chinesische TCM¹⁵ anbieten.
2. Verschiedene Shops, in welchen das altchinesische Knochenorakel durchgeführt wird.
3. Spezialisten, die Augenstörungen behandeln, die weder über eine Lizenz in westlicher noch in chinesischer Medizin verfügen.
4. Zahnärzte.
5. Eine beträchtliche Zahl von Apotheken: In den einen werden nur chinesische, in den anderen nur westliche Medikamente verkauft.
6. Wahrsager, die auch als Geomanten (*feng shui*) tätig sind.
7. Läden, in welchen religiöse Paraphernalien verkauft werden. Amulette zum Schutz der Gesundheit von Kindern und schwangeren Frauen. Kleine Holzstatuen von buddhistischen und taoistischen Göttern, darunter besonders Pao-sheng-ta-ti (der Gott der Heiler). Räucherstäbchen und Papiergeld, das am Hausaltar oder in Tempeln verbrannt wird.
8. Teashops, in welchen gewöhnlicher Tee sowie Medizinaltees (weisser Tee, Hundertkräutertee u. a. m) verkauft werden. Letztere stehen in der TCM-Systematik: „heisse“ Energie wird abgekühlt oder „kalte“ Energie wird angeregt.
9. Im Lung Shan-Tempel: Fürbitte für die Gesundheit von Familien, Alten, Jungen, Müttern usw.

Frage: Wo ist die Trennlinie zwischen primitiver (nichtrationaler) und moderner (rationaler) Medizin zu setzen? Beide Medizinalformen existieren am selben Ort und werden von denselben Menschen genutzt.

Was Kleinman in Taipeh beobachtet hat, gilt auch in westlichen Ländern: Ein Nebeneinander von allgemeiner, spezialisierter und alternativer Medizin (Hausmedizin, Kräutermedizin, Homöopathie, Bachblüten, Chiropraktik, Akupressur, Farbtherapie, Steintherapie, Astrologie, Esoterik usw.).

Aus der Sicht von Nutzern stehen sich die unterschiedlichen Angebote nicht als unvereinbare (primitiv – modern) Systeme gegenüber. Weder werden sie als in sich geschlossen noch als homogen erfahren.

Kernelemente in der Theorie von Kleinman sind a) *illness* versus *disease*, b) Erklärungsmodelle, c) die Sektorenaufteilung von Medizinalsystemen.

3.1 *Illness versus disease*

In der englischen Sprache existieren für Krankheit drei Begriffe: *illness*, *disease* und *sickness*. Da in der deutschen Sprache nur ein Begriff zur Verfügung steht, wird *illness* behelfsmässig mit „Kranksein“, *disease* mit „Krankheit“ übersetzt.¹⁶

¹⁵ TCM: *traditional Chinese medicine*.

¹⁶ Die Unterscheidung zwischen *illness* und *disease* wurde erstmals von David Mechanic (1962) gemacht.

Disease: Organische Erkrankung, die ein bestimmtes Symptombild hervorruft, wobei der Körper die Vermittlungsinstanz darstellt.

Krankheitssymptome (z. B. in Form von Schmerz) lösen das Bedürfnis nach Erklärung der Beschwerden, nach Bezeichnung (*labelling*) der Krankheit und nach Heilung aus. Erklärung, Benennung und die Suche nach Heilung sind aber nicht organische, sondern kulturelle Prozesse.

Illness: Ist die Bezeichnung für das kulturelle Management von vorgestellter *disease*. Kranksein ist die psychosoziale und kulturelle Erfahrung (Symptomkonstruktion, Krankheitsbezeichnung, Wertung, Interaktion, Heilungsstrategien), das Herstellen eines Sinn- und Handlungszusammenhangs zur Meisterung von Krankheit, das Wahrnehmen, Klassifizieren und Interpretieren. „Illness is the shaping of disease“ (Kleinman 1980: 72).

Sickness: Ist gemäss Kleinman die Kombination von *illness* und *disease*.

Disease kann existieren, ohne dass eine *illness* hervorgerufen wird: z. B. Diabetes, Tumorentwicklung und HIV im Frühstadium.

Illness kann existieren, ohne dass eine organische Erkrankung nachgewiesen ist, z. B. funktionale Störungen, chronischer Schmerz.

3.2 Erklärungsmodelle (*Explanatory Models* - EM)

Die EM von Ärzten sind *disease*-orientiert und unterscheiden sich gewöhnlich von den EM von Laien (Patienten), die oft *illness*-orientiert sind. Dazu Umberto Eco:

Signor Sigma, so wollen wir annehmen, hat bei einem Aufenthalt in Paris plötzlich Beschwerden im „Bauch“. Ich habe einen ungenauen Ausdruck benutzt, weil das, was Herr Sigma empfindet, noch unbestimmt ist. Sigma hört jetzt in sich hinein und versucht, diese Empfindungen näher zu bestimmen: Hat er nun Sodbrennen oder Krämpfe oder Schmerzen im Unterleib? Er versucht, für diese dumpfen Empfindungen einen Namen zu finden. Indem er sie benennt, macht er sie zu etwas kulturellem, d. h. er ordnet das, was ein Naturphänomen war, in präzise „kodifizierte“ Rubriken ein, versucht also, eine persönliche Erfahrung so zu qualifizieren, dass sie mit anderen in medizinischen Büchern oder Zeitungsartikeln beschriebenen Erfahrungen vergleichbar ist.

Jetzt hat er das Wort gefunden, das ihm passend erscheint. Dieses Wort steht für die Beschwerden, die er verspürt. Da er mit einem Arzt über seine Beschwerden reden möchte, kann er nun dieses Wort (das der Arzt zu verstehen vermag) an Stelle der Beschwerden benutzen (die der Arzt nicht spürt und möglicherweise noch nie in seinem Leben gespürt hat). (Eco 1977: 9–12)

Explanatory models geben Auskunft zu: Ursachen, Benennungen, Zeit und Art des Krankheitsbeginns, pathophysiologische Aspekte, Verlauf von Krankheiten und zu Behandlungsvorstellungen.

Im Prinzip sind alle medizinischen Systeme, unabhängig davon, ob „modern“, „traditionell“ oder „alternativ“, sowohl organisch als auch symbolisch (kulturell) ausgerichtet.

Zusammenfassung: Kernfunktionen eines Medizinsystems

Fünf Kernfunktionen, die universell sind. Erst die Summe dieser Funktionen macht ein Medizinsystem aus.

Funktion 1: Kulturelle Konstruktion von Krankheit als psychosoziale Erfahrung (*illness – disease*). *Illness*konstruktion, Prozess der Wahrnehmung, affektive Reaktion, Erkenntnis und Wertung von *disease*, Interaktion in Familie und Bekanntenkreis.

Funktion 2: Kriterien, die das *health seeking behavior* leiten.

Funktion 3: Umgang mit Krankheitsepisoden durch Kommunikation, Erklärungsmodelle.

Funktion 4: Heilungsaktivitäten (*curing of disease, healing of illness*).

Funktion 5: *Health care* ist mehr als nur die Behandlung von Krankheit. Darin enthalten ist Prävention sowie das Zurechtkommen mit therapeutischen Resultaten (Heilung, Misserfolg, Rückfall, Chronifizierung, Beeinträchtigung, Sterben).

3.3 Das Sektorenmodell

Ein medizinisches System setzt sich zusammen aus drei Feldern: Laiensektor, volksmedizinischer Sektor, professioneller Sektor.

Laiensektor: Bezieht sich auf das Wissen, das bei Laien (Individuen, Familien, Bekannten) vorhanden ist und das für das Management von Krankheitsepisoden genutzt wird. Laien beziehen ihr Wissen sowohl aus dem modernen, als auch aus dem traditionellen Sektor. 70–90 % der Krankheiten werden allein im Laiensektor behandelt.

Volksmedizinischer Sektor (*folk sector*): Umfasst Spezialisten, die nicht Teil des professionalisierten Systems sind: Hebammen, Kräuterkenner, Geistheiler, Ritualheiler, Psychotherapeuten, Astrologen, Priester usw.

Professioneller Sektor: Institutionalisierte, legalisierte und professionelle Heilberufe. In westlichen Ländern vor allem die Biomedizin. In Indien gehören auch Teile der Ayurveda-Medizin dazu, in China Teile der TCM.

Die drei Sektoren überschneiden sich fast immer.

3.4 Arzt-Patienten-Interaktion

Die Interaktion zwischen Arzt/Heiler und Patienten findet in einer Arena statt, in der Bedeutungen ausgehandelt und festgelegt werden sowie ein Monitoring von Krankheit stattfindet. Spezialisten-EM treffen in dieser Arena auf Laien-EM. Bedeutungen werden bezüglich Krankheitsursachen, -diagnose, -verlauf und Heilung geklärt.¹⁷

Patienten verfügen über Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit, folglich über EM. Diese EM werden durch Wissen genährt, das im Laiensektor vorhanden ist, beziehungsweise in diesen einfließt.

Laienvorstellungen zu *illness* sehen Krankheitsursachen je nach Situation

- im *Individuum* angelegt (z. B. Ich habe mich erkältet);

¹⁷ Siehe Helman 2000: 79–107.

- in der *natürlichen Welt* angelegt (z. B. Ich habe verdorbenes Wasser getrunken und wurde krank);
- in der *sozialen Welt* angelegt (z. B. Meine Arbeitskollegen haben mich so gestresst, dass ich krank wurde, oder: Meine Nachbarin hat mich verhext);
- in der *übernatürlichen Welt* angelegt (z. B. Aids ist die Strafe Gottes für ein sündiges Leben, oder: John aus Senegal ist krank, weil den Ahnen seiner Verwandtschaft zuwenig geopfert wurde und sie deshalb erzürnt sind).

Je nach Perspektive sind Spezialisten aus dem professionalisierten Sektor sowie aus dem *folk sector* mehr einem *disease*-EM oder einem *illness*-EM verpflichtet:

- BiomedizinerInnen sind gewöhnlich *disease*-orientiert. Man geht mit einer *illness* zum Arzt und kommt mit einer *disease* zurück.
- Herbalisten, wie sie in jeder Gesellschaft zu finden sind, sind ebenfalls vorwiegend *disease*-orientiert. Dasselbe gilt für *bone-setters*, Starstecher u. a. m.
- Schamanen, Psychoanalytiker, religiöse Handaufleger, Bachblütenthérapeuten, Homöopathen u. a. m. sind *illness*-orientiert.
- Psychiater sind weitgehend dem *disease*-Ansatz verpflichtet, während Psychosomatiker den *illness*-Ansatz in den Vordergrund rücken.
- In der chinesischen und ayurvedischen Medizin finden sich *illness*- und *disease*-Ansätze gleichermassen. Allerdings dominiert in der die beiden Systeme legitimierenden Weltsicht die *illness*.

Beispiele:

1. Eine in den USA durchgeführte Studie hat die folgenden wichtigen Laienkonzepte zur Ursachendeutung von Krankheit hervorgebracht: 1. Schwächung, 2. Degeneration, 3. Invasion, 4. Ungleichgewicht, 5. Stress, 6. Mechanische Gründe, 7. Umweltursachen, 8. Vererbung.¹⁸
2. Herzbeschwerden (*narahytiye qalb*) als *folk illness* in Maragheh, Iran (Good 1977): *Narahytiye qalb* ist ein kulturgebundenes *illness*-Konzept, in dem physische Symptome (starkes Herzklopfen, Zittern und Flattern des Herzens) und Ängste, sozialer Stress sowie Gefühle des unglücklich Seins miteinander verknüpft werden. *Narahytiye qalb* tritt häufiger bei Frauen als bei Männern auf, ist oft an familiäre Konflikte sowie an soziale Brüche (Tod von Verwandten, Geburt, Unfruchtbarkeit) gekoppelt.
3. Das „fallende Herz“ bei Hindu und Sikh in Bedford, England (Krause 1989): Das Bild des *dil ghirda hai* („fallendes Herz“) verbindet – ähnlich wie *narahytiye qalb* – physische Symptome mit negativer sozialer Erfahrung und emotionaler Erregung. Gründe: übermässig „heisses“ Essen, heisses Klima, exzessive Emotionen, die den Körper „heiss“ machen. Zu letzteren zählen Ärger, Wut, Scham, Stolz, Arroganz und übermässige Sorge um die Zukunft – Zeichen für allzu starke Ich-Zentrierung. Andere Gründe sind Hunger, Erschöpfung, Alter und Armut. Diese Gründe führen zur „Schwächung“ der Person, damit zum Nichterfüllen von moralischen und sozialen Verpflichtungen, damit rückwirkend zum „fallenden Herzen“.

¹⁸ Nach Helman 2000:91.

4. Gemäss einer in Seattle gemachten Untersuchung (Blumenhagen 1980) führen 49 % der an Bluthochdruck leidenden Personen ihre „hyper-tension“ (Hypertonie) auf chronischen Stress im Zivilleben zurück (Arbeitsplatz usw.), 14 % auf inneren psychischen Stress (Familien-, Beziehungskonflikte). Ein Grossteil der Befragten war sich nicht bewusst, dass „hyper-tension“ mit Bluthochdruck identisch ist.
5. *Illness*-Vorstellung bezüglich Erkältung in einer Londoner Vorstadt (Helman 1978): Erkältungen resultieren daraus, dass Nässe und Kälte in den Körper eindringen. Nebel und Regen versetzen den Körper in einen kalt-nassen Zustand und führen zu Erkältung oder zu einer fliessenden Nase. Einmal im Körper, kann sich die Erkältung in diesem fortbewegen. *Cold* mehrheitlich über der Gürtellinie (*head cold, chest cold*), *chill* vorwiegend unterhalb der Gürtellinie (*a bladder chill, a chill on the kidneys, a stomach chill*). Im Kontrast dazu wird Fieber durch unsichtbare maligne Teilchen verursacht (*germs, bugs, viruses*), die ausserhalb existieren und durch Öffnungen (Mund, Nase, Ohr) in den Körper eindringen.

Zusammenfassung

1. In der Arzt-Patienten-Interaktion treffen unterschiedliche EM aufeinander. Biomediziner operieren gewöhnlich – wenn auch nicht ausschliesslich – mit *disease*-Konzepten, während Patienten oft *illness*-Konzepte nutzen. Arzt-Patienten-Interaktionen sind zu verstehen als Aushandlungsprozesse bezüglich der von beiden Seiten eingebrachten EM.
2. Je weiter die Sichtweisen von Ärzten und Patienten auseinanderliegen, umso schwieriger gestalten sich Aushandlungs- und Heilungsprozesse; z. B. Hypertoniker, die oft keine *illness* wahrnehmen, befolgen nicht selten ärztliche Anweisungen nicht, die auf einer *disease*-Diagnose abgestützt sind (*compliance*).
3. Im Migrationskontext treten unterschiedliche Auffassungen besonders deutlich zutage. Insbesondere die Vorstellungen von ressourcenarmen Migranten kollidieren oft mit denjenigen von Biomedizinern. Wenn in der ärztlichen Praxis türkische, iranische und bosnische Zuwanderer, in deren Herkunftsländern galenische Körperkonzepte nach wie vor gebräuchlich sind, zur Beschreibung von Beschwerden von „fallenden Organen“ sprechen, haben schweizerische Ärzte Mühe, diese Symptombeschreibungen zu verstehen und zu interpretieren. Türkische Symptome: *nazar* – böser Blick, *bel düsmesi* – fallendes Kreuz, *yürek düsmesi* – fallendes Herz, *dil kaymasi* – verrutschte Zunge, *göbek düsmesi* – Nabelfall.¹⁹ Dasselbe trifft zu, wenn chinesische und vietnamesische Zuwanderer von Windkrankheiten sprechen.
4. Von anthropologischer Seite her wurden in Bezug auf traditionelle Gesellschaften öfters Heilungsrituale untersucht. Es zeigt sich, dass auch moderne Arzt-Patienten-Interaktionen mit ritualtheoretischen Ansätzen – das heisst mit dem Dreistufenmodell von van Gennep (1909) und Turner (1989) – verstanden und gedeutet werden können.

¹⁹ Siehe Baumgartner Biçer und Zuppinger 1998.

4 Die soziale und kulturelle Konstruktion des Körpers

Die cartesianische Sicht suggeriert die Zweiteilung von Körper und Geist. Der Körper ist „Natur“ und funktioniert mechanisch („wie eine Maschine“), der denkende Geist transformiert als „Kultur“ jene Aussenwelt, welche den Menschen umgibt.

Auf Basis dieses Dualismus entwickelten sich die „Naturwissenschaften“ (darunter die Medizin) und „Kulturwissenschaften“ (Sozial- und Geisteswissenschaften).

a) Über den „Geist“ wird die Aussenwelt gestaltet und ebenfalls die Repräsentation des Körpers (jene Bereiche, die von der Anthropologie untersucht werden)

Zum Beispiel:

- Die Entwicklung von Ergologie und Technologie;
- Die Klassifikation von Verwandtschaften;
- Die Klassifikation von Flora und Fauna (Lévi-Strauss 1962);
- Die Klassifikation von Krankheiten und Kräuterwirkstoffen;
- Körperbekleidung;
- Körperschmuck, Haartracht, Tattoos – und anderes mehr.

b) Interaktion von Körper und sozialer Aussenwelt:

Der Geist konstruiert und transformiert die Aussenwelt. Umgekehrt aber wirkt auch die Aussenwelt auf den Körper zurück:

- Körperlichkeit ist Ausdruck der über die Sozialisation verinnerlichten Werte. Die „Techniken“ des Körpers widerspiegeln Normen und Werte der sozialen Welt. Die Gesellschaft bedient sich der Körper von Menschen und strukturiert Haltungen, Bewegungen, Rhythmen, Spontaneität, Lachen, etc. „Der Körper ist das erste und natürlichste Instrument des Menschen“ (Mauss 1975: 206).²⁰
- Subjektivität und Objektivität werden gemeinsam in der sozialen Praxis konstruiert und durchdringen sich gegenseitig. Habitus als Ergebnis der „List der pädagogischen Vernunft“ (vgl. Bourdieu 1987: 127–129). Durch das Einverleiben von gesellschaftlichen Normen und Regeln „tut der Leib mehr, als ihn sein Geist wissen lässt“ (1987: 127). „Sozialer Sinn“ (Bourdieu 1987) ist Teil des menschlichen Körpers. Deshalb ist die körperliche Hexis – in Form von dauerhaften Dispositionen, die in der Körperhaltung, im Gehen, im Fühlen, Denken und Reden manifest sind – auch Teil der politischen Mythologie.

Körperbilder im geschichtlichen Wandel:

- Bis ins 18. Jh. hinein wirkende Vorstellungen: Strukturen des männlichen und weiblichen Körpers sind identisch. Frauen haben dieselben Genitalien wie Männer; es besteht nur der Unterschied, dass die ihren im Körperinnern liegen, nicht ausserhalb (siehe dazu Martin 1989). Trotz der analogen Struktur haben Männer mehr „Hitze“ als Frauen, sie sind deshalb vollkommener. Die niedrigere weibliche Körpertemperatur verhindert das

²⁰ Techniken des Körpers aufgeschlüsselt nach Geschlecht, Alter und Leistung, Techniken der Geburtshilfe, der Kindheit, der Adoleszenz und des Erwachsenenalters. Siehe auch Hertz 1909.

Heraustreten der Fortpflanzungsorgane aus dem Körper, hält sie im Sinne der Arterhaltung im Körperinnern als geschütztem Bereich für Zeugung und Schwangerschaft. Aufgrund der grösseren „Hitze“ sind Männer prädestiniert, das öffentliche Leben zu steuern, Abfuhr von überflüssiger Körperwärme (antike Theorie der Körperreinigung). Frauen haben eine „kühlere“ und weniger aktive Disposition als Männer. Deshalb können sie sich nicht durch Schwitzen der Unreinheit des Körpers entledigen. Dazu dient ihnen die Menstruation. Galen: Menstruation ist das Ausschütten von überflüssigem Blut, genannt Plethora. Was bei Frauen durch die Menstruation geschieht, muss bei Männern auf eine andere Weise bewirkt werden, z. B. durch Aderlass oder durch starkes Schwitzen (harte Arbeit). Verbleibt „schlechtes Blut“ im Körper, entstehen Krankheit oder Verfall.

- Bis ins 19. Jh. existierten Heilmittel, um eine Menstruation herbeizuführen. Der Körper als System des Zugangs und Abgangs, das im Gleichgewicht gehalten werden muss, damit das Individuum gesund bleibt. System der Wechselbeziehungen der Organe sowie des Aussen und Innen. Edward Tilt (1857; nach Martin 1989): Das als Menstruation dem Körper entströmende Blut verwandelt sich nach der Menopause in Fett. Entzieht man dem vegetativen Nervensystem den sexuellen Reiz, geht es dazu über, das Blut, das andernfalls der Arterhaltung gedient hätte, in Fett und Gewicht umzuwandeln. Während der Wechseljahre kommt es zu Blutsturz und zu „fliegender Hitze“.
- Erst im 18. Jh. setzt sich langsam die Lehrmeinung durch, dass sich Männer und Frauen nachweislich biologisch unterscheiden. Während des 19. Jh. entstehen neue Gender-Metaphern:
 - Patrick Geddes (1890, nach Martin 1989) erkennt zwei gegensätzliche Prozesse im Aufbau der Körperzellen: Aufbauende, konstruktive, synthetische Prozesse (Anabolismus) als Symbol des Weiblichen. Eine Reihe von chemischen Prozessen der Spaltung und des Verfalls (Katabolismus), Symbol des Männlichen. Biologistische Symbolik zur Kennzeichnung von weiblich-männlich entsteht: Für Geddes trifft es im allgemeinen zu, dass männliche Wesen aktiver, energiereicher, ehrgeiziger und unbeständiger, Neuem gegenüber aufgeschlossener sind, weibliche Wesen hingegen passiver, konservativer, träger und beständiger.
 - Leistungsprinzip; Körper als Fabrik: Wechseljahre als Symbol abnehmender Funktionsfähigkeit. Gemäss Geddes liegt die Menstruation offensichtlich an der Grenze pathologischer Veränderung, was sich nicht nur äussert in den sie oft begleitenden Schmerzen und den örtlich begrenzten oder die Gesamtkonstitution betreffenden Unpässlichkeiten, die im Zusammenhang mit ihr auftreten, sondern zudem in der allgemeinen organischen Störung und örtlichen Veränderungen bestimmter Gewebe, deren äusseres Zeichen und Ergebnis die Unpässlichkeit ist. Galt früheren Auffassungen zufolge nur das Blut als unrein, so wurde der Blutungsvorgang nun als Störung und Regelwidrigkeit betrachtet. Menstruation wirkt schwächend und nimmt Lebenskraft von Frauen.

Symboltheoretischer Ansatz:

Der Körper als soziales Gebilde steuert die Art und Weise, wie der Körper als physisches Gebilde wahrgenommen wird; und andererseits wird in der (durch soziale Kategorien modifizierten) physischen Wahrnehmung des Körpers eine bestimmte

Gesellschaftsauffassung manifest. Zwischen dem sozialen und dem physischen Körpererlebnis findet ein ständiger Austausch von Bedeutungsinhalten statt, bei dem sich die Kategorien beider wechselseitig stärken. (Douglas 1974: 99)

In den Formen der Ruhe und Bewegung des Körpers kommt der soziale Druck zur Geltung. Sozialer Druck manifestiert sich z. B.:

- In der Pflege (Schminken, Hygiene, Haar, Bekleidung, Füße einbinden, Lippenpflock, Zahnspangen);
- In der Nahrungsaufnahme (ländlich, städtisch, Tischsitten, Kommunikation, trinken während oder nach dem Essen, etc.).²¹
- In der Therapie: z. B. mehr Ich-Stärkungs-Therapietechniken, wie in westlichen Ländern, oder aber mehr Kollektivstärkungstechniken, wie in Japan (Reynolds 1983).
- Theorien zum Schlaf- und Bewegungsbedürfnis;
- Theorien zu den körperlichen Entwicklungsstadien etc.;
- Der Körper ist das Medium zwischen subjektiver Einzigartigkeit und Kollektivität (Gesellschaft).

Vier Thesen von Mary Douglas:

- a) Alle Schichten der Erfahrung sollen aufeinander abgestimmt sein, d. h. der Gebrauch des Körpers als Ausdrucksmedium wird mit den übrigen Medien koordiniert.
- b) Die vom Sozialsystem ausgeübten Kontrollen setzen dem Gebrauch des Körpers als Ausdrucksmittel Schranken.
- c) Wo die sozialen Kontrollen stark ausgeprägt sind, sind auch die Anforderungen an die Körperkontrolle besonders hoch.
- d) In Gesellschaften mit starker Kontrolle besteht die Tendenz, die Ausdrucksformen zu entkörperlichen, ihnen gleichsam eine ätherische Gestalt zu geben.

Frage nach den Körperbildern, die in einer Gesellschaft vorhanden sind.

Die „Dreikörper“-Theorie (Lock und Scheper-Hughes 1990):

- a) **Der individuelle Körper** (Cartesianischer Dualismus Leib-Geist, Person, Selbst, Körperbild)
- b) **Der soziale Körper** (Der Körper als Symbol für die Strukturierung der sozialen Welt)
 - In nicht wenigen Gesellschaften wird „links“ assoziiert mit inferior, dunkel, schmutzig und weiblich, „rechts“ hingegen mit überlegen und männlich (Needham 1973).
 - In Gesellschaften mit unilinearer Deszendenz existieren oft „folk theories“, welche dem einen oder andern Geschlecht reproduktive Kraft zusprechen. Die matrilinearen Ashanti (Westafrika) „glauben“, dass Fleisch und Blut von der Mutter, der Geist hingegen vom Vater beigesteuert werde. Die patrilinearen Xavante (Brasilien) hingegen sind der Ansicht, dass Entstehung und Gedeihen des Fötus allein der Kopulationskraft

²¹ Siehe Elias 1978; Lupton 1996.

des Mannes zuzuschreiben sei. In westlichen Ländern besteht seit alters her die Meinung, dass Frau und Mann gleichermaßen an der Zeugung mitwirken, was sich auch im bilateralen Verwandtschaftssystem widerspiegelt.

- Kosmologische und gesellschaftliche Ordnungen werden oft mittels Körperbildern erstellt. Qollahuaya (Bolivien) haben die Vorstellung, dass Berge dem menschlichen Körper entsprechen (Kopf, Brust, Herz, Magen, Gedärme usw.) und dass sie gefüttert werden müssen (Bastien 1985). Hierarchisch aufgebaute Gesellschaften stellen die Regierung oft als Kopfzone, das Volk als Fusszone dar. Gemeinschaftsordnung und Hausarchitektur werden oft mittels Körperbildern beschrieben.²² Die Dogon (Mali) sehen ihr Dorf als auf dem Rücken liegenden Menschen. Der Kopf ist das Rathaus, östlich und westlich liegen als Hände die Menstrualhütten. Das Innere des Dogonhauses laut Ogotemmel:

The vestibule, which belongs to the master of the house, represents the male part of the couple, the outside door being his sexual organ. The big central room is the domain and the symbol of the woman; the store-rooms each side are her arms, and the communicating door her sexual parts. The central room and the store room together represent the women lying on her back with outstretched arms, the door open, and the woman ready for intercourse. (Griaule 1965: 97)

- Nutzung der Körpersymbolik in den modernen Medien. Törichtes Beispiel aus der BZ vom 3. Juni 2002:

Zurzeit ist dieses Auto ein magischer Hingucker: Im Mercedes-Benz SL 55 AMG zu sitzen ist etwa so, wie sich eine attraktive Frau fühlen muss, die an der Haltestelle auf das Tram oder den Bus wartet. [...] Brachial hämmernder Sound bei Vollgas. Pervers, wie die Automatik die fünf Gänge ‚reindengelt‘. Brutal eingreifen-müssende Stabilitätskontrolle, jede Menge Grip, irrer ‚Go‘ aus allen Lebenslagen. [...] Stressig, wie einen die Passanten beim Aussteigen mit den Augen ausziehen. (Preis ab Fr. 200'000).

c) Der politische Körper, Körperpolitik

- In bestimmten Situationen reagiert eine Gesellschaft entsprechend dem Modell eines Körpers. Mary Douglas (1974) hat aufgezeigt, dass Gemeinschaften, die sich bedroht fühlen, die Kontrollen symbolischer und physischer Grenzen verschärfen, um Fremdes fernzuhalten und Bedrohendes abzuwehren; ähnlich dem menschlichen Körper, wo Körperöffnungen besondere Beachtung zukommt, um krankmachende Teilchen abzuwehren. Dies gemäss der Dichotomie „innerer Bereich“ (gut, gesund, rein), „äusserer Bereich“ (schlecht, krank, schmutzig). Während gesellschaftlichen Krisen gewinnt Körperpolitik dieser Art besondere Bedeutung. Die Verfolgung von Devianz geschieht nicht selten nach diesem Modell. Unter den südlichen Fore (Neu-Guinea) führte eine Kuru-Epidemie (ähnlich dem Creutzfeld-Jakob-Syndrom) zu einem rapiden Anstieg von Hexereianschuldigungen (Lindenbaum 1979).
- Die zwischen der organischen und der sozialen Welt vermittelnde Haut des menschlichen Körpers dient als Projektionsfläche für Identitäten. Sie ist nicht allein organisch, sondern auch sozial zu verstehen. Als „social skin“ sind ihr einerseits gesellschaftliche Werte und Normen im Sinne kollektiver Identitäten eingestanz

²² Zur Haussymbolik der Kabylen siehe Bourdieu 1976: 48–65.

(ethnische, sowie geschlechts-, schicht- und subgruppenspezifische Zugehörigkeiten), andererseits ermöglicht ihre Formung und Dekoration ebenfalls den subjektiven Ausdruck von Identität. Für Bryan S. Turner repräsentiert die Körperoberfläche „... a kind of common frontier of society which becomes the symbolic stage upon which the drama of socialization is enacted“ (Turner 1984: 12).

- In der modernen Gesellschaft finden sich die in der Gesellschaft hochgehaltenen Werte (Individualität, Ich-Stärke, Autonomie, Leistungsfähigkeit) ebenfalls in idealisierten Körperbildern (jung, schlank, fit, stark, erotisch). Siehe dazu die Werbung, die sich dieses idealisierten Körpers bedient. Der auf den Körper projizierte *life style* erzeugt wiederum *life style*-Krankheiten (z. B. Anorexie, Bulimie).
- Körperpolitik manifestiert sich ebenfalls im makrogesellschaftlichen Kontext. Michel Foucault zeigte, wie in der Neuzeit über das Etablieren einer neuen „Ordnung der Dinge“ (Foucault 1974) ebenfalls eine neue Form der Disziplinierung des Körpers manifest wird, deren Grundmuster sich in den Gefängnissen (Foucault 1977), der Psychiatrie und im Schulwesen (Foucault 1981) gleicherweise wiederfinden. Körperpolitik findet sich aber auch in den Volkszählungen, in der Sozial-, Familien- und Gesundheitspolitik sowie in den neuen medizinischen Reproduktionstechnologien.

Anthropologische Grundsatzfrage: Wie interagiert Kultur (Geist) mit dem menschlichen Körper und seinen Organen?

Für den Normalmenschen ist diese Frage obsolet, da ihm die Alltagserfahrung zeigt, dass Interaktion zwischen Kultur und Körper permanent stattfindet. Zum Beispiel können körperliches Unwohlsein, Schmerz, Freude und Trauer nach aussen hin mittels Sprache und der Nutzung anderweitiger Symbolsysteme (Kultur) kundgetan werden. Andererseits nutzt der Körper kulturelle Artefakte wie Nahrungsmittel, Drogen, Psychotherapie oder den Besuch bei Schamanen, Geomanten oder Pfarrern, um direkt oder indirekt auf den Körper und dessen Organe einzuwirken. Für die Wissenschaft ist das Problem jedoch komplex:

- Intrinsisches, im Körper (in Genen, Zellen) gespeichertes Wissen. Extrinsisches Wissen schuf sich der Homo sapiens im Zuge seiner Menschwerdung: Auslagerung von Wissen in Symbolsysteme, gemeinhin Kultur genannt (Sprache, Schrift, Symbolwelt). Um Kultur zu schaffen und zu nutzen, bedurfte es unter anderem eines grösseren Hirns und eines Sprechapparates. Vorteile dieser Entwicklung: Die extrinsische Wissensspeicherung erlaubt eine fast unendliche Ausweitung und Lagerung von Wissen. Nachteile: Zwischen die Wirklichkeit und den Menschen schiebt sich Kultur. Er bedarf der Kultur, um die Realität zu verstehen und zu interpretieren, was ontologische Unsicherheit erzeugt (Geertz 1993: 93).
- Der cartesianische Dualismus suggeriert die Trennung von Körper und Geist (Kultur), Descartes ortete in der Zirbeldrüse das Organ, das zwischen den beiden Entitäten vermittelt.
- Neurowissenschaftler haben nachgewiesen, dass das Gehirn in der Lage ist, neuronale Repräsentationen hervorzubringen. Dadurch, dass diese körperliche (neuronale) und symbolische (Repräsentationen) Komponenten vereinen, bilden sie das Bindeglied zwischen Körper und Kultur. So konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass kulturelles Tun (Sprechen, emotional Reagieren, Glauben) je spezifische Gehirnregionen aktiviert. Schwartz et al. (1996) haben nachgewiesen, dass erfolgreiche Behandlungen von

Migränikern mittels Psychopharmaka einerseits und mittels Verhaltenstherapien andererseits die Glukosewerte in bestimmten Hirnregionen in vergleichbarer Weise verändern.

- Ein Organismus, der mit Geist (Kultur) kommuniziert, muss folglich selbst Geist besitzen. Neurowissenschaftler vermuten, dass es sich hierbei um – durch Lernprozesse in Neuronenschaltkreisen hervorgerufene – biologische Modifikationen handelt, die sich zu Vorstellungsbildern verdichten (Damasio 1999). Was diese Modifikationen bewirken und in welcher Weise Neuronenschaltkreise in der Lage sind, kulturelle Ordnungen hervorzubringen und diese zu nutzen, steht jedoch nach wie vor in den Sternen geschrieben.
- Was allerdings nicht mehr in Frage steht, ist, dass nicht nur Materie auf den Geist wirkt, sondern auch Geist auf die Materie. Kulturelle Ordnungen helfen mit, Körper zu formen und zu steuern, und auf Organe einzuwirken. So betrachtet erstaunt es nicht, dass – wie die Anthropologie längst gezeigt hat – auch Emotionen in ihrer Ausformung kulturelle Prägungen aufweisen (Lutz 1988) und dass sogar so „natürliche“ Reaktionen wie Schmerz kulturell mitkonstruiert sind, folglich auch kulturell variieren (Wicker 2001).
- Immer deutlicher kristallisiert sich heraus, dass in allen Gesellschaften seit jeher sowohl physisch als auch symbolisch geheilt wird und dass so etwas wie eine universelle Struktur des Heilens existiert. Das *curing of disease* zielt direkt auf den Körper und dessen Organe (Biomedizin, Kräuterméizin) während das symbolische Heilen (*healing of illness*) den Umweg über den Geist nimmt, um auf den Körper einzuwirken. Zum symbolischen Heilen zählen sowohl moderne Psychotherapien als auch Schamanismus und rituelles Heilen. Während das *curing of disease* beträchtliche Differenzierung zulässt (sowohl moderne als auch traditionelle Medizinsysteme nutzen unterschiedlichste Wirkstoffe und operative Techniken) scheinen symbolische Heiltechniken – so unterschiedlich therapeutische Anlagen auch sein mögen – jeweils ähnliche Ergebnisse zu erzielen. Deshalb wurden etwa auch schon moderne Psychotherapeuten mit Schamanen gleichgesetzt (Lévi-Strauss 1967: 204–225). Das symbolische Heilen muss jedoch in den kulturellen Symbolkomplex und den kulturellen Mythos eingebaut sein, damit eine Wirkung entsteht. Ein Susto-Syndrom (Rubel et al. 1984) wird deshalb nur dort behandelt werden können, wo dieses kulturgebundene Syndrom bekannt, sowie symbolisch und sozial verortet ist, und wo die Anlage für ein therapeutisches *setting* entwickelt wurde.²³

5 Basisgesundheitsversorgung in der Dritten Welt und die Frage des medizinischen Pluralismus

Das Konzept einer dualen Gesundheitsversorgung (traditionell – modern) lässt sich, wie bereits in Kapitel 3 gezeigt wurde, nicht halten. Angebracht ist es, die Unterscheidung zwischen kolonialer und postkolonialer Medizin zu machen.²⁴

Kolonialmedizin

Entlang der Seewege wurden bereits im 16. Jh. „Spitäler“ errichtet, in denen europäische Ärzte tätig waren. 1530 ein portugiesisches Spital auf einer Mozambique vorgelagerten Insel, 1587 in Benguela (Angola), 1764 von der Westindischen Kompanie in Kalkutta, usw. Diese

²³ Siehe dazu Moerman 1979; Dow 1986.

²⁴ Siehe Pfeleiderer und Bichmann 1985; Feerman und Janzen 1992.

Spitäler hatten die Aufgabe, Gesundheitsdienste für Militärs, Verwaltungsbeamte und Kolonisten zu leisten. Eine im Jahr 1835 durchgeführte englische Untersuchung ergab, dass die Sterberate unter Soldaten in Kolonien sehr hoch war: In England 1,5 %, in Jamaika 15 %, an der Goldküste 67 % (Pfleiderer und Bichmann 1985: 41). Malaria, Pocken, Schlafkrankheit, Bilharziose und Lepra waren die gefürchteten Krankheiten. Hinzu kam eine hohe Prävalenz von Darmerkrankungen (Amöben, Wurmerkrankungen) (Pfleiderer und Bichmann 1985: 42).

Ab 1927 waren Impfstoffe gegen Pocken und Gelbfieber verfügbar. Um die Städte herum wurden von Engländern in Ostafrika und Indien sogenannte *Cordons sanitaires* errichtet (ebd.: 42 ff.). Ziel war, englische Kolonisten vor den unhygienischen Lebensweisen der Kolonisierten zu schützen. Wasserversorgung und Abfallbeseitigung für die weiße Bevölkerung. vektorenübertragene Krankheiten (Anophelesmücke – Malaria, Tsetse-Fliege – Schlafkrankheit) hielten sich jedoch nicht an den *Cordon sanitaire*. Ihre Bekämpfung erforderte prophylaktische Massnahmen der Vektorbekämpfung, der Hygiene und der Unterbrechung der Übertragungskette.

Engländer favorisierten das Trockenlegen von Sümpfen, das Behandeln des Wassers mit Petroleum zum Abtöten von Mückenlarven, das Lichten von Buschwald zur Reduktion möglicher Brutstätten und das Umsiedeln von einheimischer Bevölkerung in tsetsefreie Gebiete.

Franzosen verfolgten in ihren Kolonien eine andere Richtung. Durch die massive und vollständige Behandlung Erkrankter wurde versucht, die Übertragung der Schlafkrankheit zu verhindern. In Kamerun etwa behandelte vor 1930 ein Dr. Jamot 130'000 Schlafkranke mit Atoxyl, das später durch das effizientere Tryparsamid ersetzt wurde. Nachdem jedoch eine Massenbehandlung zu 700 Erblindungen geführt hatte, verlor der Kolonialbeamte seinen Posten (ebd.).

Während Kolonialmedizin vor allem in den Städten aufgebaut wurde, überliess man den ländlichen Bereich der traditionellen Medizin sowie den Missionaren, die eine rudimentäre „Missionsmedizin“ praktizierten. Bereits in der Kolonialzeit zeigte sich die Fehlverteilung von Gesundheitsressourcen (urban-rural, reich-arm).

Postkoloniale Gesundheitsversorgung

Die Fehlverteilung setzt sich in postkolonialer Zeit fort:

- 75 % der verfügbaren Gesundheitsressourcen sind in Städten konzentriert, die (1980) nur 25% der Bevölkerung beherbergten (ebd.).
 - Die Bevölkerung der Armen in ruralen und urbanen Gebieten blieb weitgehend von der staatlich und privat organisierten Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Entsprechend blieben die Säuglings- und Kindersterblichkeit hoch und die Lebenserwartung gering. Hauptsächliche Morbiditätsursachen: Infektionskrankheiten. Nicht die Tropenkrankheiten sind das eigentliche Problem der Dritten Welt, sondern die „Krankheiten der Armut.“
 - Ab den 60er Jahren setzte die Reflexion zu Gesundheitsfragen in Drittwelt-Ländern ein, wobei fünf Punkte in den Vordergrund rückten (Bichmann 1979: 180ff):
1. **Humanitäre Gründe:** Das Recht auf Gesundheit sollte zu einem Grundrecht der gesamten Bevölkerung werden.

2. **Ökonomische Ursachen:** Nicht zuletzt die geringe Gesundheitsbudgetierung in Drittwelt-Ländern sowie Inflation und real sinkende Pro-Kopf-Ausgaben müssen als Ursachen für die schlechte Gesundheitsversorgung mitberücksichtigt werden.
3. **Der Zusammenhang zwischen Armut, Krankheit und Sterblichkeit tritt hervor.**
4. **Das Bewusstsein der *Public Health*-Fachleute bezüglich Reorganisation von Gesundheitsversorgung wächst.**

Als positive Beispiele wurden China und Kuba gesehen:

- Die Ausbildung und der Einsatz von „Barfussärzten“ mittels Einfachtechnologien führte in China Ende der 1960er Jahre zu einer wesentlichen Verbesserung der Gesundheitsversorgung auch der ärmeren Schichten.
- Kuba errichtete nach der Revolution flächendeckend Gesundheitsdienste und Polikliniken und legte grossen Wert auf die Ärzteausbildung. Die Gesundheitsversorgung wurde als vorbildlich erachtet.

5. **Überlegungen zum Medizinalsystem:**

Die Analyse der Morbiditätssituation ergab, dass die überwiegende Zahl der Krankheiten nicht der Behandlung durch hochqualifizierte Ärzte bedarf. Der Einsatz von Pflegepersonal und von Hilfskräften ist effizienter, sofern für die wichtigen Krankheiten standardisierte Diagnostik- und Therapieschemata vorliegen.

1979 veröffentlichte die WHO eine Studie, welche den zukünftigen Parameter festlegte (WHO 1979) und die im Konzept der *Primary Health Care* (primäre Basisgesundheitsversorgung) mündete (s. dazu Pfleiderer und Bichmann 1985: 204–222).

Ziele der Primary Health Care (PHC):

- Verbesserung der Lebensqualität;
- Optimum an Gesundheitsverbesserung;
- Stärkung der Kompetenz und Verantwortung von Individuen und Gemeinden bezüglich gesundheitlicher Aspekte;
- Die Förderung aktiver Beteiligung und Mitarbeit der Bevölkerung;
- Die Verbesserung des Informationsaustausches und der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Sektoren;
- Die kritische Überprüfung der Methoden, Techniken und Standards auf allen Ebenen des Gesundheitssystems.

Die sieben Prinzipien der PHC:

1. Die PHC soll sich an den Lebensgewohnheiten und Lebensstilen der Bevölkerung, der sie dient, ausrichten und sie soll sich an den Bedürfnissen der Gemeinschaft orientieren.
2. Die PHC soll integraler Bestandteil des nationalen Gesundheitssystems sein.
3. Die Aktivitäten der PHC sollten voll integriert sein in diejenigen anderen Sektoren, die es mit der Entwicklung des Gemeinwesens zu tun haben (Landwirtschaft, Erziehung, Ausbildung, öffentliche Dienste, Wohnen, Kommunikation).

4. Die Bevölkerung vor Ort soll sowohl an der Formulierung als auch an den Bemühungen bezüglich Problemlösungen im Gesundheitsbereich aktiv beteiligt sein.
5. Die angebotenen Gesundheitsdienste sollen grösstmöglichen Gebrauch von den in der jeweiligen Gemeinschaft vorhandenen Ressourcen machen.
6. Die PHC soll gleicherweise der Prävention, der kurativen Medizin, der Rehabilitation und der Gesundheitsförderung Gewicht beimessen.
7. Der grösste Teil der die Gesundheit fördernden Interventionen soll auf der Basis der nächstmöglichen Ebene stattfinden.

Die acht Elemente von PHC:

a) Intersektorialer Bereich (Grundbedürfnisse, primäre Prävention):

1. Erziehung zur Erkennung, Vorbeugung und Bekämpfung der örtlich vorherrschenden Gesundheitsprobleme.
2. Nahrungsmittelversorgung und Sicherung der Ernährung.
3. Trinkwasserversorgung und sanitäre Massnahmen.

b) Präventivmedizin integriert oder in vertikalen Programmen situiert:

4. Mutter- und Kindgesundheitsversorgung einschliesslich Familienplanung.
5. Impfung gegen die vorherrschenden Infektionskrankheiten.
6. Verhütung und Bekämpfung der örtlichen endemischen Erkrankungen.

c) Kurative Medizin auf Dorfebene mit Referenzsystem:

7. Behandlung gewöhnlicher Erkrankungen und Verletzungen in angemessener Form.
8. Versorgung mit essentiellen Medikamenten.

Sektoriale Aufteilung des Dienstleistungsangebotes:

a) Auf der Ebene der Dorfgemeinschaften:

- Hilfspersonal;
- Integrierte moderne und traditionelle Medizin;
- Präventiv, kurativ, Ausbildungsfaktor;
- Geburtshilfe.

b) Auf Distriktebene das Regionalspital:

- Ausbildungsprogramme für den Dorfbereich;
- Vertikale Programme zum Dorf (Impfung, TB-Behandlung usw.)
- Planung und Durchführung von Präventionskampagnen;
- Kurative Medizin auf höherer Ebene (Chirurgie, Schirmbilduntersuchungen usw.);

c) Auf der Ebene der Hauptstadt:

- Spezialisierte Medizin.

(s. dazu Chabot et al. 1995)

Professionalisierung der traditionellen Medizin

In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts setzt sich langsam die Meinung durch, dass traditionelle medizinische Systeme nicht länger bekämpft werden sollen wie zur Zeit des Kolonialismus (s. Modernisierungsthese Kap. 3). Gesundheitsleistungen, die im traditionellen Sektor bestehen, sollen im Gegenteil genutzt, professionalisiert und mit dem modernen Sektor verknüpft werden. 1978 spricht sich auch die WHO direkt für die Unterstützung von traditionellen Heilerinnen und Heilern aus. Unterschiedliche Initiativen und Ansätze zeichnen sich ab.

- In Senegal entwickelte sich ab den 1960er Jahren eine durch französische Anthropologen und Psychiater gestützte Psychiatrieschule, in der moderne Psychiatrie und traditionelle Heiler aus dem Kontext von Ndoepp-Ritualen in der Behandlung von psychisch Kranken zur Kooperation gebracht wurden (Collomb 1965; Zempleni 1966).
- In afrikanischen Ländern schlossen sich Heilerinnen und Heiler zu Vereinen zusammen. Formulierte Ziele: (a) für den Berufsstand einzustehen, (b) die Weiterbildung voranzutreiben (Professionalisierung) und (c) auf Dorfebene im Bereich der PHC eine Kooperation zwischen moderner und traditioneller Medizin zu erstellen.
- Sowohl die WHO als auch NGOs begannen mit der Finanzierung von Projekten, welche speziell die traditionelle Medizin fördern sollen. Das Schweizerische Rote Kreuz unterstützt zum Beispiel im Andengebiet Projekte, in welchen traditionelle Hebammen weitergebildet werden und auf Dorfebene Gärten für Medizinalpflanzen angelegt werden.

Der sich abzeichnende Wandel bezüglich Anerkennung und Förderung der traditionellen Medizin hat konkrete Gründe (s. dazu Last und Chavunduka 1986). Am Beispiel Ghanas können diese aufgeführt werden (Twumasi und Warren 1986):

- Ein Kolonialdekret aus dem Jahre 1878 besagte: „[...] to liquidate native practice of traditional medicine [...]“. Heiler wurden gesehen als „[...] to be insincere, to be quacks who lived on the neurosis of the illiterate folks [...]“ (nach Twumasi und Warren 1986: 122).
- Mitte der 1980er Jahre lebten 71 % der Bevölkerung auf dem Land und nur 29 % hatten Zugang zum modernen Medizinsektor. 1980 praktizierten im Land 900 Ärzte, von denen 80 % in der Hauptstadt tätig waren. Auf einen Arzt fielen 10'000 Patienten, in einzelnen Regionen 40'000 Patienten.
- 1960 erreichte Ghana unter Kwame Nkrumah die Unabhängigkeit. Im Auftrag der neuen Regierung erstellte Mensah Dapaah eine Studie „[...] to study and organise traditional Healers to form Associations for the Advancement of their arts and techniques in the delivery of health care“ (ebd.).
- 1963 Gründung der „Ghana's Psychic and Traditional Healing Association“. Geist- und Glaubensheiler werden in einem „psychischen Flügel“, Herbalisten und Hebammen in einem „Herbalistenflügel“ vereint.
- Per Regierungsdekret wird die Arbeit traditioneller Heiler anerkannt. Ein nationaler Heilerrat wird geschaffen; zu dessen Aufgaben gehören: a) die Supervision und Kontrolle der Arbeit der Heiler, b) die Förderung traditioneller Heilmethoden und die Förderung der Forschung zu diesen Methoden. 1974 wird das „Centre for Scientific Research into Plant Medicine“ eröffnet.

Weitere Literatur zur Verknüpfung von traditioneller und moderner Medizin sowie zur Entwicklung des medizinischen Pluralismus: Ademuwagun et al. 1979; McClain 1991.

Zitierte Literatur

Ackerknecht, Erwin H. 1971: *Medicine and Ethnology. Selected Essays*. Bern: Huber.

Ademuwagun, Z. A., John A. A. Ayode, Ira E. Harrison & Dennis M. Warren (Eds.) 1979: *African Therapeutic Systems*. Waltham, MA: African Studies Association/Crossroads Press.

Anderson, Robert 1996: *Magic, Science, and Health*. Fort Worth: Harcourt Brace.

Bartels, Max 1893: *Die Medizin der Naturvölker. Ethnologische Beiträge zur Urgeschichte der Medizin*. Leipzig: Th. Grieben.

Basham, Arthur L. 1978: Indien. In Schipperges, Heinrich, Eduard Seidler & Paul A. Unschuld (Hg.): *Krankheit, Heilkunst, Heilung*, S. 145–177. Freiburg i. Br., München: Karl Alber.

Bastien, Joseph W. 1985: Qollahuaya-Andean Body Concepts: A Topographical-Hydraulic Model of Physiology. *American Anthropologist* 87 (3): 595–611.

Baumgartner, Biçer & Brigit Zuppinger 1998: „Wo es dich schmerzt, dort sitzt die Seele“. Seminararbeit. Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern.

Benedict, Ruth 1934: Anthropology and the Abnormal. *Journal of General Psychology* 10 (2): 59–82.

Benedict, Ruth 1946: *The Chrysanthemum and the Sword: Patterns of Japanese Culture*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Benedict, Ruth 1961 (1935): *Patterns of Culture*. London: Routledge & Kegan Paul.

Bichmann, Wolfgang 1979: Die Problematik der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern: Ein Beitrag zur Geschichte, der Situation und den Perspektiven der Planung des nationalen Gesundheitswesens in den „least developed countries“ Afrikas. Frankfurt a. M.: Peter Lang.

Blumenhagen, D. 1980: Hyper-Tension: a Folk Illness With a Medical Name. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 4: 197–227.

Bock, Philip K. 1980: *Continuities in Psychological Anthropology: A Historical Introduction*. San Francisco: W. H. Freeman Company.

Du Bois, Cora A. 1944: *The People of Alor: A Social-Psychological Study of an East Indian Island*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Bourdieu, Pierre 1976 (1972): *Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyllischen Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

--- 1987 (1980): *Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Burton-Bradley, BG. 1968: The Amok Syndrome in Papua and New Guinea. *The Medical Journal of Australia* 1: 252–256.

Chabot, Jarl, Jan-Willem Harnmeijer & Pieter Streefland (Eds.) 1995: *African Primary Health Care in Times of Economic Turbulence*. Amsterdam: Royal Tropical Institute.

Collomb, Henri 1965: Assistance psychiatrique en Afrique: expérience sénégalaise. *Psychopathologie africaine*, I (2): 11–85.

- Damasio, Antonio R. 1999 (1994): Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. München: dtv.
- Devereux, Georges 1937: Institutionalized Homosexuality of the Mohave Indians. *Human Biology* 9: 498–527.
- Devereux, Georges 1940: Primitive Psychiatry. *Bulletin of the History of Medicine* 8 (8): 1194–1213.
- Douglas, Mary 1974 (1970): Ritual, Tabu und Körpersymbolik: Sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Dow, James 1986: Universal Aspects of Symbolic Healing: A Theoretical Synthesis. *American Anthropologist* 88 (1): 56–69.
- Eco, Umberto 1977: Zeichen. Einführung in einen Begriff und seine Geschichte. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Edelstein, Ludwig 1967: Ancient Medicine: Selected Papers of Ludwig Edelstein. Baltimore: The John Hopkins Press.
- Eliade, Mircea 1975 (1951): Schamanismus und archaische Ekstasetechnik. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Elias, Norbert 1978: Über den Prozess der Zivilisation: soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. 2 Bände. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Erikson, Erik H. 1950: Childhood and Society. New York: W. W. Norton.
- Evans-Pritchard, Edward E. 1976 (1937): Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande. Oxford: The Clarendon Press.
- Meyer Fortes (Eds.) 1940: African Political Systems. Oxford: University Press.
- Feierman, Steven & John M. Janzen (Eds.) 1992: The Social Basis of Health and Healing in Africa. Berkeley: University of California Press.
- Fischer-Homberger, Esther 1975: Geschichte der Medizin. Berlin: Springer.
- Foucault, Michel 1974 (1966): Die Ordnung der Dinge: Eine Archäologie der Humanwissenschaften. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- 1977 (1975): Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt a. M. Suhrkamp.
- 1981 (1961): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Foulkes, Ernest 1972: The Arctic Hysterias of the North Alaskan Eskimos. Washington, DC: American Anthropological Association.
- Geertz, Clifford 1993 (1973): The Interpretation of Cultures: Selected Essays. London: Fontana Press.
- Gennep, Arnold van 1986 (1909): Übergangsriten (Les rites de passage). Frankfurt: Campus Verlag.
- Gladwin, Thomas & Seymour B. Sarason 1953: Truk: Man in Paradise. New York: Wenner-Gren Foundation.
- Good, Byron 1977: The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 1 (1): 25–58.

- Gorer, Geoffrey & John Rickman 1949: *The People of Great Russia: A Psychological Study*. London: The Cresset Press.
- Griaule, Marcel 1965 (1948): *Conversations with Ogotëmmeli: An Introduction to Dogon Religious Ideas*. London: Oxford University Press.
- Hallowell, A. Irving 1955a: *Culture and Experience*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- 1955b: The Rorschach Test in Personality and Culture Studies. In A. Irving Hallowell: *Culture and Experience*, pp. 32–74. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- 1955c: Acculturation and the Personality of the Ojibwa. In A. Irving Hallowell: *Culture and Experience*, pp. 345–357. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Helman, Cecil G. 1978: „Feed a Cold, Starve a Fever“: Folk Models of Infection in an English Suburban Community, and Their Relation to Medical Treatment. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2: 107–137.
- 2000: *Culture, Health and Illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Hertz, Robert 1909: La prééminence de la main droite. Étude sur la polarité religieuse. *Revue philosophique* 68: 553–580.
- Hsu, Elisabeth 1999: *The Transmission of Chinese Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Inkeles, Alex 1961: National Character and Modern Political Systems. In: Hsu, Francis L. K. (Hg.): *Psychological Anthropology: Approaches to Culture and Personality*. Homewood, Ill.: Dorsey Press. 172–208.
- Johnson, Frank A. 1988: Contributions of Anthropology to Psychiatry. In Goldman, Howard H. (Ed.): *Review of General Psychiatry*, pp. 167–181. Norwalk: Appleton & Lange.
- Kappstein, Stefan 1980: *Paracelsus*. Bern: Morzsina Verlag.
- Kardiner, Abram und Ralph Linton 1939: *The Individual and his Society*. New York: Columbia University Press.
- Kardiner, Abram, Ralph Linton, Cora A. Du Bois & James West 1945: *The Psychological Frontiers of Society*. New York: Columbia University Press.
- Kleinman, Arthur 1980: *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kluckhohn, Clyde 1957 (1949): *Mirror for Man: the Relation of Anthropology to Modern Life*. New York: Whittlesey House.
- Krause, Inga-Britt 1989: Sinking Heart: A Punjabi Communication of Distress. *Social Science and Medicine* 29 (4): 563–575.
- Last, S. Murray & G. L. Chavunduka 1986: *The Professionalization of African Medicine*. Manchester: Manchester University Press.
- Lévi-Strauss, Claude 1962: *La pensée sauvage*. Paris: Plon.
- 1967 (1958): *Strukturelle Anthropologie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Lindenbaum, Shirley 1979: *Kuru Sorcery. Disease and Danger in the New Guinea Highlands*. Palo Alto, Calif.: Myfield.

- Lock, Margaret & Nancy Scheper-Hughes 1990: A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. In Thomas M. Johnson & Carolyn F. Sargent (Eds.): Medical Anthropology: A Handbook of Theory and Method, pp. 47–72. New York: Greenwood Press.
- Lupton, Deborah 1996: Food, the Body and the Self. London: Sage.
- Lutz, Catherine A. 1988: Unnatural Emotions. Everyday Sentiments on a Micronesian Atoll and Their Challenge to Western Theory. Chicago: The University of Chicago Press.
- Mandelbaum, David G. (Eds.) 1949: Selected Writings of Edward Sapir in Culture, Language and Personality. Berkeley: University of California Press.
- Martin, Emily 1989 (1987): Die Frau im Körper: weibliches Bewusstsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens. Frankfurt a. M.: Campus.
- Mauss, Marcel 1975 (1935): Die Techniken des Körpers. In Marcel Mauss: Soziologie und Anthropologie, Bd. 2, S. 199–217. München: Carl Hanser Verlag.
- McClain, Carol S. (Ed.) 1991 (1989): Women as Healers: Cross-Cultural Perspectives. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Mead, Margaret 1928: Coming of Age in Samoa. New York: William Morrow.
- 1930: Growing up in New Guinea: A Comparative Study of Primitive Education. New York: William Morrow.
- 1970 (1935): Geschlecht und Temperament in drei primitiven Gesellschaften. München: dtv.
- Mechanic, David 1962: The Concept of Illness Behaviour. *Journal of Chronic Diseases* 15: 189–194.
- Moerman, Daniel E. 1979: Anthropology of Symbolic Healing. *Current Anthropology* 20 (1): 59–80.
- Murdock, George P. 1949: Social Structure. New York: Macmillan.
- Murphy, H. B. M. 1976: Notes for a Theory of Latah. In William P. Lebra (Ed.): Culture-Bound Syndromes, Ethnopsychiatry, and Alternate Therapies, pp. 3–21. Honolulu: UP of Hawaii.
- Needham, Rodney (Ed.) 1973: Right and Left: Essays on Dual Symbolic Classification. Chicago: University of Chicago Press.
- Obeyesekere, Gananath 1976: The Impact of Ayurvedic Ideas on the Culture and the Individual in Sri Lanka. In Charles Leslie (Ed.): Asian Medical Systems: A Comparative Study, pp. 201–226. Berkeley: University of California Press.
- Ots, Thomas 1999: Medizin und Heilung in China: Annäherungen an die traditionelle chinesische Medizin. Berlin: Dietrich Reimer.
- Parsons, Talcott 1951: The Social System. New York: Free Press.
- Pfleiderer, Beatrix & Wolfgang Bichmann 1985: Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin: Dietrich Reimer.
- Reynolds, David K. 1983: Naikan Psychotherapy. Meditation for Self-Development. Chicago: The University of Chicago Press.
- Rivers, William H. R. 1924: Medicine, Magic, and Religion. London: Kegan Paul, Trench Trubner.
- Rubel, Arthur J., Carl W. O'Neill & Rolando Collado-Ardón 1984: Susto, a Folk Illness. Berkeley: University of California Press.

- Schipperges, Heinrich 1978: Antike und Mittelalter. In Heinrich Schipperges, Eduard Seidler & Paul U. Unschuld (Hg.): Krankheit, Heilkunst, Heilung, S. 229–269. Freiburg i. Br.: Verlag Karl Alber.
- Schumacher, Joseph 1963: Antike Medizin: Die naturphilosophischen Grundlagen der Medizin in der griechischen Antike. Berlin: de Gruyter.
- Schwartz, Jeffrey, Paula W. Stoessel, Lewis R. Baxter, Karron M. Martin & Michael E. Phelps 1996: Systematic Changes in Cerebral Glucose Metabolic Rate After Successful Behavior Modification Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Archive of Genetic Psychiatry* 53: 109–113.
- Turner, Bryan S. 1997: The Body and Society: Explorations in Social Theory. Oxford: Basil Blackwell.
- Turner, Victor W. 1989 (1969): Das Ritual: Struktur und Anti-Struktur. Frankfurt a. M.: Campus.
- Twumasi, Patrick A. & Dennis M. Warren 1986: The Professionalization of Indigenous Medicine: A Comparative Study of Ghana and Zambia. In Murray S. Last, & G. L. Chavunduka (Eds.): The Professionalization of African Medicine, pp. 117–135. Manchester: University Press.
- Unschuld, Paul U. 1978: China. In Heinrich Schipperges, E. Seidler & Paul U. Unschuld (Hg.): Krankheit, Heilkunst, Heilung, S. 193–227. Freiburg i. Br.: Verlag Karl Alber.
- Wallace, Anthony F. C. 1952: The Modal Personality Structure of the Tuscarora Indians as Revealed by the Rorschach Test. Bureau of American Ethnology Bulletin No. 150. Washington, D.C.: Smithsonian Institution.
- 1961: Culture and Personality. New York: Random House.
- Whiting, John W. M. & Irvin L. Child 1953: Child Training and Personality: A Cross-Cultural Study. New Haven: Yale University Press.
- WHO 1979: Organizational Study on Methods of Promoting the Development of Basic Health Services. Off. Rec. No. 206, Genf: WHO.
- Wicker, Hans-Rudolf 2001: Der Körper im Schmerz oder wie Kultur und Natur interagieren. In Peter Rusterholz & Rupert Moser (Hg.): Die Zukunft der Natur- und Kulturwissenschaften, S. 1–28. Bern: Haupt.
- Winzeler, Robert L. 1995: Latah in Southeast Asia: The History and Ethnography of a Culture-Bound Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press.
- Yap, Pow M. 1965: Koro – A Culture-Bound Depersonalization Syndrome. *British Journal of Psychiatry* III: 43–50.
- Zanolli, Noa 1990: Margaret Mead (1901–1978). In Wolfgang Marschall (Hg.): Klassiker der Kulturanthropologie, S. 295–314. München: C. H. Beck.
- Zempleni, András 1966: La dimension thérapeutique du culte des Rab. In Erich Wulff (Hg.): Ethnopsychiatrie. Seelische Krankheit – ein Spiegel der Gesellschaft? S. 134–156. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft.